

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA**

Poruchy příjmu potravy ve spojitosti s jinými diagnózami

Eating Disorders in Connection with other Diagnoses

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:  
PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor:  
Bc. Marie Vavrušková

Praha 2016

## **Poděkování**

Děkuji své vedoucí práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za odborné vedení diplomové práce, užitečné rady a poskytnutí cenných podnětů a připomínek. Dále děkuji celému týmu Centra Anabell za konzultace a zapůjčení odborné literatury. Taktéž děkuji celé mé rodině za podporu při psaní práce. Hlavně pak příteli Ondřeji Novotnému za pomoc při formátování práce a mé sestřenici Bc. Barboře Vavruškové za pomoc při korektuře práce. V neposlední řadě pak děkuji všem respondentům dotazníkového šetření za vyplnění krátkého dotazníku a Michaelovi, který mi poskytl soukromé informace pro kazuistiku.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Poruchy příjmu potravy ve spojitosti s jinými diagnózami“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: .....

.....

Bc. Marie Vavrušková

## **Anotace**

Cílem této diplomové práce je popsat jednotlivé typy poruch příjmu potravy, nastínit jejich základní diagnostická kritéria, specifikovat léčbu poruch příjmu potravy, která je v České republice dostupná a hlavně uvést, jaké mohou mít poruchy příjmu potravy nejčastější k sobě přidružená psychická či somatická onemocnění.

Praktická část této diplomové práce se snaží formou dotazníkového šetření zjistit, jaké mají klienti Centra Anabell Praha nejčastěji přidružená psychická či somatická onemocnění, dále zda se klienti s těmito poruchami léčí a v poslední řadě, zda mají poruchy příjmu potravy negativní dopady na jejich životy.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenní (záchvatovitě) přejídání, spojitost s jinými diagnózami, komorbidita, léčba, psychoterapie

## **Annotation**

The aim of this thesis is to describe the different types of eating disorders, to outline their basic diagnostic criteria, specify the medical treatment of eating disorders available in the Czech Republic, and in particular to describe which mental or somatic disorders are most frequently associated with eating disorders.

The empirical part presents a questionnaire which analyses the following aspects: the most common mental or somatic disorders that clients of Centrum Anabell Praha suffer from, whether clients with these disorders are being treated, and, lastly, whether eating disorders have a negative impact on their lives.

**Keywords:** eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychogenic overeating, connection with other diagnoses, comorbidity, therapy, psychotherapy

## Obsah

ÚVOD .....	8
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....	9
1.1 Definice mentální anorexie .....	10
1.1.1 Specifické typy mentální anorexie .....	11
1.1.2 Základní diagnostická kritéria mentální anorexie .....	11
1.2 Definice mentální bulimie a záchvatovitého přejídání .....	12
1.2.1 Specifické typy mentální bulimie .....	13
1.2.2 Základní diagnostická kritéria mentální bulimie .....	14
1.3 Definice nových typů PPP .....	14
1.3.1 Ortorexie .....	15
1.3.2 Bigorexie .....	15
1.3.3 Drunkorexie .....	16
1.3.4 Odstranění posledních žeber .....	16
2 NEJČASTĚJŠÍ KOMORBIDITY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	17
2.1 Poruchy příjmu potravy a psychická onemocnění .....	18
2.1.1 Poruchy příjmu potravy a depresivní porucha .....	18
2.1.2 Poruchy příjmu potravy a úzkostná porucha .....	19
2.1.3 Poruchy příjmu potravy a sebepoškozování .....	20
2.1.4 Poruchy příjmu potravy a obsedantně-kompulzivní porucha .....	20
2.1.5 Poruchy příjmu potravy a hyperkinetická porucha .....	21
2.1.6 Poruchy příjmu potravy a poruchy spánku .....	23
2.1.7 Poruchy příjmu potravy a závislosti .....	24
2.1.7.1 Poruchy příjmu potravy a závislost na alkoholu .....	25
2.1.7.2 Poruchy příjmu potravy a drogová závislost .....	25
2.2 Poruchy příjmu potravy a somatická onemocnění .....	27
2.2.1 Poruchy příjmu potravy a kardiovaskulární komplikace .....	27
2.2.2 Poruchy příjmu potravy a kosterní komplikace .....	28
2.2.3 Poruchy příjmu potravy a diabetes mellitus .....	29

2.2.4	Poruchy příjmu potravy a neplodnost .....	30
2.2.5	Poruchy příjmu potravy a dermatologické komplikace .....	31
2.2.6	Poruchy příjmu potravy a hematologické komplikace .....	32
2.2.7	Poruchy příjmu potravy a neurologické komplikace .....	32
2.2.8	Poruchy příjmu potravy a gastrointestinální komplikace .....	33
3	PŘEHLED LÉČBY A POMOCI PORUCH PŘÍJMU POTRAVY.....	35
3.1	Hospitalizace a částečná hospitalizace .....	36
3.2	Psychiatrická, psychoterapeutická a sociální pomoc .....	37
3.2.1	Kognitivně – behaviorální terapie.....	38
3.2.2	Rodinná terapie .....	39
3.2.3	Psychoterapeutické a svépomocné skupiny .....	39
3.3	Nutriční poradenství .....	40
3.4	Preventivní programy .....	41
4	MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE S KLIENTY S PPP.....	42
5	PRŮZKUM POMOCÍ METODY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	46
5.1	Cíl průzkumu metodou dotazníkového šetření .....	46
5.2	Dotazníkové šetření .....	46
5.3	Hypotézy .....	47
5.4	Vzorek respondentů dotazníkového šetření .....	47
5.5	Zpracování a výsledky dotazníkového šetření .....	48
5.6	Vyhodnocení hypotéz .....	70
6	KAZUISTIKA .....	73
6.1	Kazuistika – Michael 28 let .....	73
7	SHRNUTÍ PRŮZKUMU .....	79
8	DISKUSE.....	82
	ZÁVĚR .....	84
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	86
	SEZNAM PŘÍLOH.....	90

## Seznam zkratek

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – syndrom poruchy pozornosti hyperaktivitou
BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál poruch
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize
OCD	obsessive-compulsive disorder (obsedantně-kompulzivní porucha)
PPP	Poruchy příjmu potravy

## ÚVOD

V současné době poruchy příjmu potravy nepostihují pouze ženy, ale ve velké míře také muže. K tomuto onemocnění jsou více náchylnější osoby v období dospívání či v rané dospělosti. Statistiky Centra Anabell uvádějí, že až 6 z 10 dívek na středních školách hladoví a každá druhá dívka mezi 13. a 14. rokem věří, že je obézní. Není neobvyklé, že hladovění k sobě může v průběhu onemocnění (mentální anorexie, mentální bulimie nebo psychogenního přejídání) navázat další poruchu, onemocnění či formu závislosti. Osoby postižené výše uvedenými poruchami mohou mít doživotní zdravotní následky.

K volbě tématu diplomové práce mě vedla má osobní pracovní zkušenost sociální pracovnice v Centru Anabell Praha. Centrum Anabell poskytuje odborné sociální poradenství osobám s poruchami příjmu potravy a jejich osobám blízkým. V Centru Anabell se téměř denně setkávám s klienty, řešící svou nelehkou životní situaci, kterou jim poruchy příjmu potravy způsobují. Během poradenského procesu jsem si v posledních měsících povšimla, že klienty netrápí pouze mentální anorexie, mentální bulimie nebo záchvatovité přejídání, ale také další přidružená psychická či somatická onemocnění. Proto jsem se rozhodla, že tématu „Poruchy příjmu potravy v souvislosti s jinými diagnózami“ věnuji svou diplomovou práci.

V teoretické části práce bych ráda představila jednotlivé poruchy příjmu potravy, nejčastější komorbiditu u poruch příjmu potravy, stručně popsala jejich projevy a dále nastínila dostupnou léčbu pro pacienty v České republice. Jednu z dalších kapitol bych ráda věnovala možnostem sociální práce Centra Anabell, které poskytuje v České republice pomoc a péči klientům s poruchami příjmu potravy.

V praktické části je hlavním cílem zjistit, jakým přidruženým psychickým či somatickým onemocněním klienti Centra Anabell Praha nejčastěji trpí, jestli se již s tímto onemocněním léčí a zda mají tyto poruchy negativní dopady na jejich životy. V této části práce provedu průzkum metodou anonymního dotazníkového šetření a pomocí grafického znázornění jej vyhodnotím.

Tuto práci bych ráda věnovala klientům Centra Anabell, kteří řeší jednu ze zmíněných poruch příjmu potravy. Ráda bych, aby zde našli hlavně podporu a motivaci k léčbě a nebáli se požádat o pomoc v jedné z poradn Centra Anabell.



# 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Už v historických dokumentech se setkáváme s termínem poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) a to hlavně v souvislosti s různými náboženskými obřady, protestními činy nebo reakcí na nevyhovující životní podmínky. Postupem času bylo poruchám příjmu potravy věnováno značné množství pozornosti, jak v literatuře, tak i ve výzkumu. Současná společnost však stále nemá dostatek povědomí a informací o závažnosti tohoto relevantního psychického onemocnění. (Krch, Marádová, 2003, str. 4)

V současnosti patří poruchy příjmu potravy k častému psychickému onemocnění u dospívajících dívek, žen v mladém věku a v menší míře i u dospívajících chlapců. Mezi hlavní faktory ovlivňující vnímání vlastního těla mladé dívky patří bezpochybně mediální svět, jenž ženskou krásu stále více ztotožňuje s kultem štíhlého těla bez viditelných diferenciací.

Poruchy příjmu potravy působí dlouhodobé obtíže nejen pacientkám s touto diagnózou, ale také jejich rodinám, přátelům a v neposlední řadě i spolužákům ve škole, učitelům nebo kolegům v zaměstnání. I když výzkumné studie jasně dokazují, že se jedná o velmi závažné onemocnění, které může i v některých případech končit smrtí, přesto se v praxi stále více setkáváme s tím, že poruchy příjmu potravy jsou ve svých počátečních stádiích podceňovány a často bagatelizovány. Pravděpodobně z tohoto důvodu má výskyt PPP v posledních letech, převážně u dospívajících žen stále vzestupnou tendenci. (Krch, Marádová, 2003, str. 4)

Mezi základní poruchy příjmu potravy můžeme zcela jistě zařadit mentální anorexii (dále jen MA), mentální bulimii (dále jen MB) a záchvatovité přejídání. Přes zdánlivou odlišnost „na kost vyhublých pacientek“ s mentální anorexií jsou MA a MB v mnoha případech shodné. Příznaky uvedených onemocnění se od sebe liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke sledování hmotnosti. Avšak obě zmíněné poruchy příjmu potravy spojuje určitý počet společných rysů. Mezi které patří například strach z tloušťky, přílišná pozornost věnovaná vlastnímu tělu, redukce potravy nebo užívání různých hubnoucích prostředků. Pacientky s MA a MB se většinu času během dne zabývají tím, jak vypadají, kolik váží, a vytrvale se snaží se svojí váhou něco dělat. A to nejlépe zhubnout či se alespoň snaží zabránit narůstání tělesné hmotnosti. Někteří autoři, píšící o poruchách příjmu

potravy, uvedené příznaky popisují jako „touhu po štíhlosti“ nebo také jako „fobii z nadváhy“. Některé z příznaků poruchy příjmu potravy, jako je například zvýšený zájem věnovaný jídlu, podrážděné chování, uzavřenost do sebe nebo častá chuť se přejídat, mohou být důsledkem redukčních diet či hladovění. Dalšími společnými psychologickými rysy zmíněných poruch mohou být konkrétně následující: sociální problémy, nízká míra sebevědomí nebo somatické obtíže, jež jsou především závislé na způsobu kontroly tělesné hmotnosti. Avšak zásadní rozdíl mezi oběma poruchami příjmu potravy představuje tělesná hmotnost patientek s MA a MB. Odborníci zabývající se problematikou poruch příjmu potravy tvrdí, že asi u jedné třetiny případů mentální anorexie se časem rozvine mentální bulimie s normální tělesnou hmotností. Podle skupiny autorů Russell a Hsu až 50% patientek s mentální bulimií uvádí mentální anorexii ve své zdravotní anamnéze a téměř polovina patientek s mentální anorexií pravidelně ztrácí kontrolu nad stravou a přejídá se. (Krch, 2005, str. 15 – 16)

Má pracovní zkušenost v centru Anabell, jež pomáhá osobám s poruchami příjmu potravy, mně potvrdila, že tak vážná onemocnění, kterými MA a MB jsou, by se neměla brát na lehkou váhu. Proto je nutné toto onemocnění včas diagnostikovat a doplnit efektivní léčbou a terapií.

## **1.1 Definice mentální anorexie**

Nejvýznamnější charakteristikou MA je zejména úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Avšak pacienti s MA neodmítají jídlo z důvodu, že by necítili chuť na určitý druh potravin, ale proto, že jíst nechťejí. Přestože tato tvrzení mnohdy popírají a uvádějí nejružnější (občas do určité míry relativně srozumitelné) důvody, proč jíst „nemohou“. Termín „anorexie“ však může být v mnoha případech zavádějícím, protože nechutenství nebo oslabení chuti k jídlu bývá spíše sekundárním důsledkem dlouhodobého vyhýbání se jídlu. A proto se nemusí vyskytovat u všech pacientů s touto poruchou příjmu potravy. (Novák, 2010, str. 9)

Peggy Claude – Pierre ve své knize uvádí několik zajímavých „definic“ mentální anorexie, jako například: *„Anorexie je způsobena fyzickým, citovým nebo pohlavním zneužitím.“* *„Anorexie je následek ctižádosti lidí, kteří selhali ve své touze po dokonalosti.“*

*„Anorexie je psychosomatickou poruchou způsobenou tím, že dítě nechce dospět.“ „Anorexii nelze nikdy úplně vyléčit, můžete ji v sobě jen potlačit. Budete s ní žít až do smrti.“*

(Claude-Pierre, 2001, str. 80 – 99)

Je zajímavé, že MA se často pojí se stavem, při kterém projevují pacientky se zmíněným onemocněním zvýšený zájem o jídlo (stále na něj myslí, sbírají nejrůznější recepty, rády vaří, o jídle se často baví a chodí na různé kurzy o vaření) a v některých případech i častou a zvýšenou či pozměněnou chutí na sladké potraviny. Averze k jídlu „anorektických“ pacientů je projevem narušeného a nesmiřitelného postoje ke své tělesné váze, tloušťce a proporcím těla. (Krch, 2005, str. 16)

### 1.1.1 Specifické typy mentální anorexie

Mentální anorexii dělí odborníci na dva specifické typy. A to podle toho, zda se pacienti během svého onemocnění záchvatovitě přejídají či nikoliv.

- **Nebulimický/restriktivní typ:** Během epizody u pacientů s mentální anorexií nedochází k opakovaným stavům záchvatovitého přejídání.
- **Bulimický/purgativní typ:** Během epizody u pacientů s mentální anorexií dochází k opakovaným stavům, při kterých se záchvatovitě přejídají.

(Cooper, 2014, str. 54)

### 1.1.2 Základní diagnostická kritéria mentální anorexie

Diagnostická kritéria podle DSMI-IV:

- Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost, než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (například redukce váhy, jejíž důsledkem je pokles udržení hmotnosti o 15% pod odpovídající normou), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (jehož důsledkem je tělesná hmotnost o 15% nižší, než je norma odpovídající výšce a věku pacienta).
- Intenzivní strach z přibírání na váze a tloušťky, i v případě, že jsou pacienti s touto poruchou příjmu potravy podvyživení a vyhublí „téměř na kost“.

- Narušené vnímání vlastního těla (tvaru postavy a tělesné hmotnosti), nepřiměřený vliv tvaru postavy pacienta a hmotnosti na sebehodnocení či popírání závažnosti své tělesné váhy.
- U žen se jedná o absenci minimálně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů, pokud však nejsou další důvody vynechávání menstruace (primární nebo sekundární amenoreu – za amenoreu je považován ten stav, při kterém se ženě dostaví menstruace po podání hormonů, například estrogenu).

(Krch, 2005, str. 17)

## **1.2 Definice mentální bulimie a záchvatovitého přejídání**

Mezi charakteristické znaky mentální bulimie a záchvatovitého přejídání patří zejména opakující se záchvaty přejídání, které bývají spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit, kdy se pacienti s MB přejí, bývá ve většině případů velmi relevantní. Proto, aby se jednalo o MB, musí se pacient přejídat nejméně dvakrát týdně po dobu tří měsíců. (Novák, 2010, str. 11)

Nemocní pacienti s MB zažívají dramatický prožitek, při kterém ztrácí kontrolu nad jídlem a často ve svých záznamech a denících popisují tento stav, „že snědli jen o něco více, než původně chtěli nebo než byli zvyklí sníst.“ U pacientů s MB se střídají období, při kterých hladoví či se přejídají. Po samotném aktu přejedení přichází pacientům často na mysl negativní myšlenky například, například typu: „Opět jsem stresovou situaci v zaměstnání nezvládla a řeším ji tím, že se přejím a bude mi lépe.“ S příchodem negativních myšlenek, sebeobviňování a v některých případech i suicidálního chování si pacienti s MB sami vyvolávají zvracení. Zvracení si pacienti buď sami vyvolají, nebo po dobu své nemoci zneužívají projímacích prostředků, anorektik nebo diuretik. A proto je právě úmyslně vyvolané zvracení charakteristickým znakem MB a od záchvatovitého přejídání se liší. Pacienti s MB většinou mívají ve své zdravotní anamnéze epizodu MA nebo intenzivnějšího omezování se v jídle. (Krch, 2005, str. 19)

Záchvatovité přejídání má s MB mnoho společných rysů, avšak po samotném aktu přejedení nepřichází pacientem vyvolané zvracení. Téměř každý člověk se někdy v životě

přejedl a má po tomto stavu trochu výčitky svědomí a za své chování se stydí. Tyto příhody a s nimi pocity spojené jsou do jisté míry běžné, tedy naprosto „normální“ a nevyvolávají v nás žádné znepokojení. Přejídání není v žádném případě pouze doménou lidí s nadváhou. I někteří jedinci s normální váhou trpí záchvatovitým přejídáním. (Kraushubertová, 2012, str. 10)

Stejně jako u MB se záchvatovité přejídání odehrává tajně. Toto tajemství si pacienti udržují i mnoho let. Pacient s touto diagnózou se se přejídá v soukromí a před rodinou a ostatními lidmi často udržuje zdání, že se stravuje v naprostém „normálu“. Stejně jako pacienti s MB se pacienti se záchvatovitým přejídáním, přejídají i při nákupu různých potravin, tedy mezi návštěvami jednotlivých obchodů a supermarketů. Během samotného aktu sní pacient velké množství jídla ve velmi rychlém časovém úseku a cpe si ho skoro mechanicky do úst, jen zřídka velké porce jídla pořádně rozkousává. Své první okamžiky po přejedení pacienti popisují pozitivně, ovšem pocit z toho, že jim jídlo chutnalo, brzy pomíjí. Zoufalství, které prožívají tito lidé, je dohánění většinou ke zcela odlišnému chování, jež odpovídá jejich povaze. Pocity, které mají pacienti po přejedení, bývají označovány jako složitá „směsice“ pocitů. Jako je tomu u MB, pacienti cítí pocit viny, že danou situaci opět nezvládli, zahanbení, znechucení a ošklivost nad vlastním tělem. (Cooper, 2014, str. 13 - 19)

### 1.2.1 Specifické typy mentální bulimie

Mentální bulimie je rozdělena podobným způsobem jako mentální anorexie na dva specifické typy. A to podle toho, zda pacienti během svého onemocnění pravidelně zvrací nebo jim tato metoda (vyvolaného zvracení) přijde nepřijatelná.

- **Purgativní/pročišťující se typ:** Pacienti si pravidelně vyvolávají zvracení a zneužívají při tom laxativ nebo diuretik. A to hlavně proto, aby zabránili na zvýšení své hmotnosti.
- **Nepurgativní/nepročišťující se typ:** Pacienti používají přísné diety, hladoví nebo vykonávají intenzivní fyzicky náročná cvičení, nepoužívají však pravidelné purgativní metody.

(Cooper, 2014, str. 56)

### **1.2.2 Základní diagnostická kritéria mentální bulimie**

Diagnostická kritéria podle DSM-IV:

- Stále se opakující epizody záchvatovitého přejídání. Epizody záchvatovitého přejídání jsou charakteristické následujícími rysy: pacienti konzumují větší množství jídla během určitého souvislého časového úseku, například během dvou hodin, než by ve stejné době dokázal sníst zdravý člověk bez příznaků MB. Dále se jedná o pocit ztráty kontroly nad snědeným jídlem. Během tohoto dramatického okamžiku, například při pocitu, že nemohu přestat jíst nebo rozhodovat o tom, co s ním a v jakém množství).
  - Pravidelné a nepřiměřené kompenzační chování u pacientů, jehož cílem je zabránit navýšení své hmotnosti. Příkladem může být vyvolané zvracení, zneužívání laxativ a diuretik nebo dalších projímacích léků, cvičení v nadměrné a fyzicky náročné míře, držení „hladovek“ a nejrůznějších diet.
  - Epizody záchvatovitého přejídání se musí objevovat minimálně dvakrát týdně po dobu alespoň tří měsíců.
  - Pacientovo sebehodnocení je nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a jeho tělesné hmotnosti.
  - Porucha se nevyskytuje pouze během epizod MA.
- (Krch, 2005, str. 19)

### **1.3 Definice nových typů PPP**

Následující kapitolu věnuji relativně novým typům poruch příjmu potravy, které jsou svým průběhem a následky stejně závažné, jako již zmíněné poruchy příjmu potravy, jakými jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Shodným charakteristickým rysem, jako je tomu u mentální anorexie a mentální bulimie je to, že pacienti s těmito poměrně nově lékaři diagnostikovanými poruchami příjmu potravy nepřiznávají, že by dělali něco špatně, nebo dokonce sami sobě ubližovali.

### **1.3.1 Ortorexie**

Ortorexie, často také označovaná jako patologická posedlost zdravou výživou. Tato porucha příjmu potravy se ve většině případů projevuje tak, že se u nemocného pacienta z počáteční orientace na zdravou výživu, na obchody se zdravou stravou a na hledání informací, jak se dané potraviny vyrábějí, stane posedlost a hlavní náplň pacientova volného času. (Kramulová, 2008, str. 35)

Pacienti s ortorexií mají doslova „strach z nezdravého jídla“, zdravé jídlo více a více zkoumají a to přestává být postupem času samo o sobě zdravé, tedy bezpečné. Nemocní ortorexií jsou velkými odpůrci uměle hnojených a chemicky barvených potravin. Orientují se pouze na bio-potraviny ze specializovaných obchodů nebo trhů. Tato poměrně nová porucha příjmu potravy popsána až v roce 2000 Stevenem Bratmanem v knize Healthfood Junkies se častěji vyskytuje u žen. Přesto v menší míře než je tomu u mentální bulimie či anorexie. (Kulhánek [on-line], 2014)

### **1.3.2 Bigorexie**

Porucha příjmu potravy zvaná jako bigorexie se týká převážně tělesných proporcí. A to ve smyslu „posedlosti vlastním tělem“ a tím jak, pacient vypadá. Jedná se tedy o poruchu vnímání vlastního těla, při které pacient usiluje o dosažení, ve většině případů nereálných hodnot ve fyzické zdatnosti a tělesných proporcích. V odborné literatuře můžeme zmíněné onemocnění nalézt také pod názvem Adonisův komplex. Pacienti s bigorexií jsou schopni pro dosažení takového vzhledu, jako mají postavy v kulturistických časopisech nebo akčních filmech, udělat téměř vše a jejich pocity, že jsou slabí a nedostatečně svalově vyvinutí, je proto velmi trápí. Pacienti bývají závislí na zneužívání bílkovinných potravinových doplňků, látkách podporujících svalový růst a na posilování vlastního těla pod tvrdým kontrolním režimem. Hlavním rizikem bigorexie je především poškození pohybového aparátu pacienta. (Kulhánek [on-line], 2014)

### **1.3.3 Drunkorexie**

Drunkorexie je charakteristická zejména opakovaným redukováním příjmu potravy, s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak vypít větší množství alkoholu. Pacienti s uvedenou poruchou umí svou redukci příjmu potravy racionálně odůvodnit, a to nejčastěji tím, že tvrdý alkohol je poměrně kalorický. Toto tvrzení vychází opět ze skutečnosti, že pacienti jsou nespokojeni se svou postavou a trpí úzkostnými stavy z možného přibírání na váze. Tato porucha postihuje více ženy, přestože také muži vůči ní nejsou imunní (viz kazuistika – Michael). O tom rovněž vypovídá americká statistika, že 30% žen ve věku 18-24 let se omezuje ve stravování, aby mohly pít větší množství alkoholických nápojů. Hlavním nebezpečím této poruchy je, že alkohol, se v prázdném žaludku vstřebává mnohem rychleji než v plném, a proto se do jater může dostat za méně než 15 minut. Tělo ve zmíněných situacích alkohol hůře vstřebává a jeho účinek bývá v těchto případech mnohem silnější, a o to také nebezpečnější. Pacienti s drunkorexií často míchají alkoholické nápoje s energetickými drinky. Po této kombinaci dochází k razantnímu zvýšení krevního tlaku a srdeční činnosti. Z tohoto důvodu mohou být pacienti ohroženi srdečním kolapsem, v některých případech i náhlou smrtí. (Kulhánek [on-line], 2014)

### **1.3.4 Odstranění posledních žeber**

Některé celebrity, většinou ze zahraničí toužící po skvěle vypadající postavě, kterým nestačí drastické držení diet a cvičení volí neméně známou operaci „odstranění posledních žeber“. Tato operace je velmi náročná, zahrnuje celkovou anestezii a je nevratná, jelikož žebra znovu nevyrostou. Cílem této operace je zeštíhlení pasu, dojde tedy k odstranění volných žeber. Při odejmutí zůstává zadní část žeber nedotčena, aby vnitřní orgány zůstaly chráněny. Postava pacientů podstupujících tento druh operace dostává podobu „přesýpacích hodin“. V Los Angeles se tímto typem operace věnuje plastický chirurg Dr. Aaron Stone a své zkušenosti sdílí na svých internetových stránkách. (CBSNEWS [on-line], 2015)



## 2 Nejčastější komorbidity u poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy ať již ve formě mentální anorexie, mentální bulimie či záchvatovitého přejídání nám představují dobovou psychopatologii, kterou značná část autorů píšících o PPP řadí mezi tzv. civilizační choroby. Ačkoliv jednotlivé druhy poruch příjmu potravy byly v písemnostech popsány již před staletími, jedná se o onemocnění, která bezesporu patří ke druhé polovině 20. století. Většina typů poruch příjmu potravy změnila v průběhu vývoje svoji charakteristickou podobu. V historických spisech, které PPP popisují, se setkáváme s tím, že pro 60. a 70. léta byla typičtější mentální anorexie a naopak pro 80. a 90. léta mentální bulimie. (Koutek, 2000, str. 688)

Prevalenci neboli obecným rozšířením mentální anorexie a mentální bulimie se v České republice v 60. letech zabývali Krch a Drábková. Zjistili, že 7,4% adolescentních žen mělo narušený postoj ke vnímání jídla a i svého svého těla, 5,7% dívek tehdy splňovalo veškerá kritéria charakteristická pro diagnostiku mentální bulimie a 15% mladých žen splňovalo pouze některá kritéria charakteristická pro PPP obecně. (Krch, Drábková, 1966, str. 237 – 247)

Z výše uvedených údajů je zřejmé, že poruchy příjmu potravy jsou zejména u některých věkově rizikových skupin značně rozšířené. Jak jsem již zmínila v první kapitole, za rizikové skupiny lze považovat dívky, mladé ženy a chlapce v období dospívání. Při tak vysokém rozšíření poruch mezi adolescenty, mladými ženami a muži lze předpokládat, že se onemocnění může kombinovat s dalšími somatickými nebo psychickými onemocněními. Jestliže hovoříme o komorbiditě, pak se v širším slova smyslu jedná o jakoukoliv, i náhodnou, koincidenci dvou poruch. V užším slova smyslu pak komorbidita představuje kombinaci dvou či více poruch, které spolu souvisejí svou etiopatogenezí či symptomatologií. Komorbidní poruchy můžeme u poruch příjmu potravy, jak již bylo zmíněno rozdělit na psychické a somatické. Velmi častá je komorbidita s depresivní poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou, hyperkinetickou poruchou a poruchou pozornosti, dále pak se závislostí na alkoholických nápojích či dalších návykových látkách. Ze somatických a nejčastějších komorbidit se uvádí diabetes mellitus. Léčba případů, při nichž jedna z PPP na sebe váže jinou

psychickou nebo somatickou poruchu, vyžaduje úzkou mezioborovou spolupráci. (Koutek, 2000, str. 688)

## **2.1 Poruchy příjmu potravy a psychická onemocnění**

Přidružená psychická onemocnění, mezi něž řadíme depresi, poruchu sebevědomí a obsedantně-kompulzivní poruchu, patří mezi nejčastěji se vážící poruchy u poruch příjmu potravy. Většina situací, které jednu z poruch příjmu potravy (MA, MB nebo záchvatovité přejídání) zapříčiní, a tím přivodí přidružení se další psychické poruchy, jsou dle lékaře Jana Poněšického označovány jako nezvládnutá traumata. Mezi nezvládnutá traumata či zátěžové situace patří: odmítnutí někým na kom nám záleží – zklamání v lásce, výsměšné poznámky ohledně nadváhy nebo sekundárních pohlavních znaků, přehnaná očekávání ze strany rodičů a zároveň nedostatek času na výchovu dítěte, sourozenecká rivalita, rozvod rodičů, přísná výchova či emočně chladné zacházení ze strany rodič. Následkem přidružených psychických poruch může být zajisté stranění se kolektivu, odmítání citového vztahu, změna norem a zásad chování, lhaní a extrémní negativismus. (Poněšický, 2002, str. 94 – 95)

### **2.1.1 Poruchy příjmu potravy a depresivní porucha**

Depresivní poruchu odborníci řadí mezi nejčastěji přidružené poruchy PPP. Lékaři zabývající se léčbou poruch příjmu potravy tvrdí, že přibližně 20% patientek s MA a 40% patientek s MB splňují v průběhu základního onemocnění kritéria velké depresivní poruchy. Stav deprese se u pacientů s mentální anorexií může dostavit v době, v níž si pacientka přijde příliš tlustá či, slýchá poznámky od přátel, zda „trochu nepřibrala“ nebo v případě, že nesplní denní program cvičení. U pacientů s mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním se zmíněný stav objevuje v případech, při nichž se přejedí velkým množstvím potravin. Následně se deprese může stupňovat, a to zejména u pacientů s mentální bulimií, kteří veškeré potraviny po přejedení vyzvrací. Ačkoliv si ráno slibovali, že již nikdy zvracet nebudou. U pacientů s MB mají známky deprese obvykle výraznější charakter. Autoři píšící o PPP tvrdí, že u

většiny pacientek s MB příznaky deprese zmizí poté, co se jim podaří získat kontrolu nad příjmem potravy. (Krch, 2005, str. 69 – 70)

Somatické symptomy depresivní poruchy jsou následující: sklíčená nálada (výkyvy nálad během dne), ztráta chuti k jídlu, úbytek váhy, zácpa, insomnie (potíže s usínáním, časně ranní buzení), ztráta zájmu o sexuální život, ztráta zájmu o věci, pocit nedostatku energie, neschopnost radovat se a koncentrovat se. (Cohen, 2002, str. 58)

### **2.1.2 Poruchy příjmu potravy a úzkostná porucha**

Jak bylo již zmíněno výše, depresivní a úzkostné příznaky se u pacientů s poruchami příjmu potravy objevují ve velké míře. Většina úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost pacientů. Někteří pacienti s MB nebo záchvatovitým přejídáním uvádějí, že používají přejídání ke snížení hladiny úzkosti. Výsledkem tohoto jednání jsou však pocity viny a další depresivní příznaky, které byly zmíněny v předchozí podkapitole. Depresivní symptomy jsou u poruch příjmu potravy ve většině případů spojeny se začátkem a průběhem onemocnění, zatímco úzkostné příznaky přetrvávají i dlouhou dobu po odeznění MA a MB. (Krch, 2005, str. 71)

Úzkost považujeme u lidí i živočichů za běžný jev. Je to způsob, jímž se mysl dozvídá o existenci určitého problému, kterým je potřeba se zabývat. Může se jednat o nebezpečí nebo výzvu. Upozorňuje nás na blížící se problém a průvodní tělesné reakce připravují organismus na zvýšení fyzického úsilí. Nicméně úzkost, stejně jak je tomu i u jiných mechanismů v těle, může fungovat nevhodně, a proto hovoříme o nemoci. Úzkost a úzkostné poruchy mohou být obecně u pacientů s PPP provázeny následujícími příznaky: obavy z budoucího neštěstí, pocity „napjatosti k prasknutí“, neklidné a nervózní chování, tenzní bolesti hlavy, neschopnost relaxovat, závrať, pocení, točení hlavy a tachykardie. (Cohen, 2002, str. 180)

### **2.1.3 Poruchy příjmu potravy a sebepoškozování**

Prevalence sebepoškozování je u pacientů s poruchami příjmu potravy 25 až 45%. Pro vysoký stupeň komorbidit sebepoškozování a PPP dnes svědčí mnoho prací a studií. Například práce Eberlyho, jež zjistil vyšší výskyt poruch příjmu potravy u poškozujících se mladistvých ve srovnání s jejich vrstevníky bez zkušenosti sebepoškozování. Podle Favazza se až u 50% těch, kteří se poškozují, vyskytuje ve zdravotní anamnéze údaj o poruše příjmu potravy. (Favazza in Platznerová, 2009, str. 60).

Zpočátku lehká forma sebepoškozování se může později u pacientů s PPP rozvinout v těžkou formu, časem až v suicidální chování. Hledáním souvislostí mezi tělesnou hmotností, sebevražednými myšlenkami, pokusy o sebevražedný čin a dokonanými sebevražednými činy se zabývala v minulosti řada studií. Výsledky byly však nejednoznačné. Některé z nich prokazují negativní souvislost mezi hmotností a sebevražedností, jiní pozitivní. Vysvětlením může být to, že většina studií byla prováděna pouze s malým vzorkem pacientů s PPP v různých částech světa. Pouhé dvě studie, pocházející z Německa a Anglie, prokázaly pozitivní souvislost, a to vyšší výskyt suicidálního jednání u jedinců s vyšší hmotností. Německo i Anglie patří mezi evropské země, v nichž je kladen velký důraz na výkony a úspěch. Zároveň je vzhledem k rozvinutosti hospodářské ekonomiky obou zemí také vyvíjen velký tlak na výkonnost nebo tělesný vzhled. Pravdou ovšem bývá skutečnost, že více pacientek zemře z důvodu spáchání suicidia než na přímé důsledky PPP. (Látalová, 2015, str. 101)

### **2.1.4 Poruchy příjmu potravy a obsedantně-kompulzivní porucha**

Pro obsedantně kompulzivní poruchu (dále jen OCD) je typické, že se pacient zabývá nepříjemnými nutkavými myšlenkami, kvůli nimž trpí silnou úzkostí, napětím či nepohodou. Lidé s touto poruchou mívají nejrůznější obavy, že se něco přihodí nebo se zanedbá a následky budou katastrofické. Proto se řada lidí se zmíněnou poruchou situacím, které by tyto myšlenky mohly navodit, raději vyhýbá. Úzkosti ze zmíněných obav a následné vyhýbavé chování se tyto lidé snaží neutralizovat opakovanými činnostmi, úkoly nebo

stereotypními myšlenkami. Většina postižených pacientů s OCD může mít následující příznaky: vtírající se myšlenky (obsese) o ušpinění či, o agresi k druhým lidem, vtíravou váhavost, excesivní počítání, kontrolování, umývání se, neustálé ujišťování se, nutkavé sledování tělesných funkcí a psychického fungování. (Praško a kol., 2003, str. 11 – 12)

Většina osob si je zřetelně vědoma, že jejich chování v určitých situacích není racionální, nedokáže je však neprovádět. V případě vynechání tohoto chování cítí velkou úzkost a strach z katastrofických následků. Pacienti své příznaky často dlouhou dobu tají a obávají se vyhledat odbornou pomoc. Výše zmíněné příznaky se mohou objevit i u pacientů trpících jednou z PPP, a proto je můžeme ukázat na příkladu pacienta z kazuistiky v této diplomové práci. Michael trpěl obsesemi, několikadenním kontrolováním své váhy a neustálým ujišťováním se, zda toho nesnědl příliš. V době, kdy začal hubnout, absolutně odmítal svůj vytvořený seznam „zakázaných potravin“ (tučná jídla, sladkosti, bílé pečivo, těstoviny). Pokud nastala chvíle, při níž snědl něco z uvedeného seznamu, velmi se obával, co nastane, proto trpěl úzkostmi a vyčítavým chováním. I Michaelovo denní cvičení, počítání kalorií, zabývání se tím, co je psané na etiketách jednotlivých potravin a strach ze sněžení nezdravé či tučné potraviny či vynechání lekce v posilovně, můžeme taktéž zařadit do příznaků uvedené poruchy. (viz kazuistika - Michael)

### **2.1.5 Poruchy příjmu potravy a hyperkinetická porucha**

Poruchy příjmu potravy jsou v posledních letech velmi často zkoumanou komorbiditou u hyperkinetické poruchy. Mezi další a časté komorbidní psychiatrická onemocnění u dospělých pacientů s hyperkinetickou poruchou patří: úzkostné poruchy, poruchy nálad poruchy chování a návyková onemocnění. (Štěpánková a kol., 2013, str. 129)

Hyperkinetická porucha dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zahrnuje následující diagnózy: F 90.0, porucha aktivity a pozornosti a F 90.1, hyperkinetická porucha chování. Podle této mezinárodní klasifikace je pro diagnózu nutná přítomnost obou „jádrových“ symptomů hyperkinetické poruchy, a to porucha pozornosti a hyperaktivita. Uvedené symptomy jsou často provázeny impulzivitou, případně jinými přidruženými příznaky. Hyperkinetická porucha musí u pacientů začínat před sedmým rokem věku dítěte a

trvat nejméně po dobu šesti měsíců. Diagnostická kritéria MKN-10 hyperkinetické poruchy charakterizují především raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního a špatně ovládaného chování s výrazným výskytem nepozornosti a neschopnosti soustředit se delší dobu na zadaný úkol. Projevy poruch jsou trvalé a objevující se v mnoha situacích (na vyšetření u lékaře, doma v běžném prostředí či, ve škole). K hlavním symptomům hyperkinetické poruchy, mezi něž patří narušení pozornosti a hyperaktivita, se často přidružuje také impulzivita. (Drtílková, Šerý, 2007, str. 23 – 24)

V současnosti existuje také řada nových studií, jež dokládají poměrně vyšší výskyt PPP u dívek s ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou). ADHD dle DSM-IV je charakteristické výskytem prvních symptomů již před sedmým rokem života, dále pak poruchou pozornosti (nepozornost při školních úkolech, organizační problémy, neudržení pozornosti při hrách), hyperaktivitou (časté neúčelné pohybování končetin) a impulzivitou (vyhrknutí odpovědi před dokončením otázky). Jako nosným pojítkem mezi ADHD a PPP se jeví impulzivita, kterou mají obě onemocnění společnou. Je však za potřebí zdůraznit, že impulzivita je pouze teoretický koncept, jež navíc spojuje pouze určité subtypy ADHD a některé diagnózy ze spektra PPP. Ve většině případů se tato porucha pojí s impulzivním nebo nočním přejídáním, obezitou a jiným bulimickým chováním. (Uhlíková in Papežová ed., 2010, str. 143)

Ve zdravotnictví se častěji využívá pojem hyperkinetická porucha nebo také hyperkinetický syndrom. Školské a poradenské praxe využívají ve své terminologii mnohem častěji pojem ADHD. Oba dva výše zmíněné termíny v podstatě zahrnují poruchu pozornosti, impulzivitou a poruchu aktivity i ve smyslu motorické hyperaktivity. (Žáčková, Jucovičová, 2014, str. 15)

Komorbiditě ADHD a poruch příjmu potravy se u dospělých žen věnuje ve svém článku lékařka Sharon K. Farberová, jež doporučuje rutinně vyšetřovat ženy s PPP také na přítomnost ADHD. Avšak zdůrazňuje, že odlišení symptomů ADHD od jiných psychiatrických a fyziologických patologických stavů vyžaduje časově náročný a důkladný diferenciálně diagnostický přístup. (Farberová in Štěpánková a kol., 2013, str. 133)

I když byl v minulosti prováděn velmi malý počet studií, u kterých byly použity odlišné metody, z nich v současnosti pro praxi plynou následující fakta. Krom doporučeného

přizpůsobení se terapeutické péče pro pacienty s komorbidní poruchou příjmu potravy a ADHD je také potřebné cílené vyhledávání ADHD příznaků mezi obézními pacienty s bulimickými příznaky a potencionální možnost využití terapie stimulancii u obézních pacientů s bulimickým chováním. Dostupnost informací, které máme o genetickém podkladě onemocnění, mohou svým způsobem ovlivňovat léčbu psychiatrických poruch i chápání a představují v oblasti PPP relativně nový faktor, se kterým je velmi důležité v rámci psychoterapeutické léčby o pacienta pracovat. (Uhlíková in Papežová ed., 2010, str. 144)

V této podkapitole bych ještě ráda zmínila fakt, že pacienti s hyperkinetickou poruchou mají mnohem větší problémy se sebekázní a vůlí. Tyto vlastnosti se mohou taktéž objevovat u pacientů s přidruženou poruchou, poruchou příjmu potravy, jelikož sebekázeň a mít vůli například k držení určité diety je na denním pořádku u pacientů s touto diagnózou. Psychologové a psychoterapeuti se často u svých pacientů s hyperkinetickou poruchou a k ní přidruženou poruchou příjmu potravy setkávají s tím, že si pacienti na svoji sebekázeň a vůli stěžují, že ji nezvládají a to je mnohdy jejich klíčovým problémem. Jejich neustálé myšlenky a vědomí toho, že se jim nedaří využít jejich možností, více umocňuje pocity neschopnosti a neúspěchu. Přitom způsobilost ovládat svou vůli je pro život všech lidí velmi zásadní a v mnoha případech také určující jakým směrem se člověk vydá a jak dokáže uplatnit svůj potenciál. U pacientů s poruchou příjmu potravy a komorbidní hyperkinetickou poruchou je velmi důležitá terapie, zvláště pak kognitivně-behaviorální, při které když dojde k tomu, že se pacient naučí ovládat svou vůli pomocí vytvoření si určitého harmonogramu v jedné oblasti, je velmi pravděpodobné, že se pacientovi začne dařit i v oblastech jiných. (Žáčková, Jucovičová, 2014, str. 145)

### **2.1.6 Poruchy příjmu potravy a poruchy spánku**

Příjem potravy a spánek jsou řízeny hypotalamickými centry a jsou to dvě životně důležité potřeby lidí. Během temné periody denního cyklu se u člověka přirozeně vyskytuje spánek. V tomto cyklu bývá menší chuť k jídlu, menší hlad, pomalejší motilita gastrointestinální trubice a také menší vylučování moči, menší žízeň, aby příjem potravy a tekutin, respektive jejich získávání nenarušovaly průběh spánku. Porucha centrálního řízení

spánku a bdění a příjmu potravy se může u některých pacientů klinicky projevit příjmem potravy zejména v noční době, což nebývá přirozené. (Šonka in Papežová ed., 2010, str. 255)

Mezi nejvýznamnější poruchu spánku spojenou s PPP patří syndrom nočního přejídání. Ten byl poprvé popsán v roce 1955 americkým psychologem Albertem Stunkardem. Syndrom má následující symptomy: ranní anorexie, večerní a noční hyperfagie (35% denního energetického příjmu je konzumováno po řádném večerním jídle), noční probouzení provázené konzumováním jídla (nejméně je tomu 3 krát za noc) a insomnie s obtížným usínáním. Syndrom nočního přejídání byl popsán nejprve jen u obézních osob, jeho výskyt je také ale častý i u neobézních jedinců. Syndrom nočního přejídání je převážně popisován u žen, u kterých vše začíná již v útlém mládí. U tohoto syndromu se nevyskytují komorbidní pouze PPP, ale také deprese a jiné psychické poruchy. (Šonka in Papežová ed., 2010, str. 256)

### **2.1.7 Poruchy příjmu potravy a závislosti**

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje závislost jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání určité látky nebo skupiny látek má dané osoby přednost před jiným chováním a jednáním, kterého si daný jedinec dříve cenil více. Charakteristikou syndromu závislosti je centrálně popisovaná touha užívat psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. (Pokorný a kol., 2001, str. 10)

Porucha příjmu potravy v rozvinutější fázi, zejména bulimického typu, bývá ideálním terénem pro rozvoj závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách. Účinky alkoholu a drog totiž zpočátku vyvolávají dojem „řešení“ bulimického či anorektického problému. Jak bylo již zmíněno v předchozích podkapitolách, u pacientů s mentální anorexií se často vyskytuje depresivní porucha a úzkost. V těchto případech se nabízí jako jedno z možných řešení alkohol nebo anxiolytika a hypnotika. Zmíněné látky mohou u pacientů dočasně odstranit pocit hladu, utlumit pocity viny, úzkosti a zlepšit náladu. Účinky těchto látek bývají obvykle velmi rychlé. Pije se na lačno, protože alkohol a jiné látky se tak v organismu rychleji vstřebávají. K tomuto ověřenému řešení se pacient zpravidla vrací, roste u něj tolerance a již vytvořený vzorec adiktivního chování vede k rychlému rozvoji závislosti.



V některých případech dochází k tomu, že se pacientka s MA v opojení nají, mnohdy přejí a dojde zde ke střídání bulimických a anorektických fází. (Pecinová, 2000, str. 134)

### **2.1.7.1 Poruchy příjmu potravy a závislost na alkoholu**

Etylismus (alkoholismus) je závislost na etylalkoholu a jedná se o skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž má užívání alkoholu větší přednost, než jiné jednání, kterého si jedinec kdysi cenil. (Pokorný a kol. 2001, str. 20)

Poprvé byla kombinace PPP, zejména MA a závislosti na alkoholu popsána v roce 1969 autorem Crispem. Crips podle zkušeností lékařů zabývajících se PPP a závislostí na alkoholu tvrdí, že výskyt závislosti zejména u mladých pacientek je velmi častý. Obvyklý vývoj této psychopatologie vede u pacientky od velmi nízkého sebevědomí přes dekompenzaci dietního chování k anorexii, posléze k bulimickým záchvatům s kompenzačním chováním a k abúzu alkoholu. Alkohol u pacientů s PPP často nahrazuje přejídání. Zpravidla se často střídá období pití alkoholu při pokusech o potlačení bulimických záchvatů s přejídáním při pokusech o abstinenci. Po přijetí pacientů s touto duální diagnózou do ústavní léčby dochází obvykle k dekompenzaci MB – jídlo se stává náhradní drogou, která umožňuje pacientovi vyhnout se řešení problémů a udržuje zmiňované psychopatologické a behaviorální mechanismy. (Heller, Pecinová, 2011, str. 93)

### **2.1.7.2 Poruchy příjmu potravy a drogová závislost**

V dalším vývoji zkoumání PPP a závislostí se pozornost soustředila spíše na výskyt MB a abúzu návykových látek u žen. Etiologie poruch příjmu potravy má mnoho společného s etiologií závislostí na návykových látkách. Můžeme zde nalézt teorie genetické (nemoci depresivního spektra), psychodynamické (porucha orální fáze vývoje libida), personalistické („adiktivní osobnost“, multi-impulzivní osobnost), biochemické (syndrom nedostatku serotoninu, porucha endogenního opiátového systému), behaviorální (adiktivní chování s nutkavostí a poruchou kontroly, při níž jídlo a droga jsou funkčními ekvivalenty), psychopatologické (bludný kruh nemoci podle Krcha), dále systemické (rodina) a

environmentální (společenské normy). Zmíněné jednotlivé vlivy se navzájem překrývají a doplňují v rámci interakce vnímavý jedinec – prostředí – droga – spouštěč, při níž drogou bývá zpravidla dieta a spouštěčem pak nejružnější životní události jedince. (Heller, Pecinovská, 2011, str. 87)

Ve větší míře se objevuje kombinace závislosti na návykových látkách a mentální bulimie. Pacient s MB po setkání s alkoholem učiní několik objevů. Alkohol podobně, jako je tomu u MA, odstraní pocit hladu, pocit viny a depresi, utlumí touhu a nutkání přejít se, myšlenky na jídlo a zejména nahradí jídlo ve funkci drogy, pomocí níž pacient „řeší“ své problémy. Další „řešení“ nabízejí stimulancia, a to převážně svým anorektickým účinkem. K nim patří hlavně pervitin, kokain, ale také fentermin a sibutramin. (Heller, Pecinovská, 2011, str. 88)

Odlišný názor mají autoři Piran a Gadalla, kteří ve své studii realizované u kanadských pacientů s PPP nepotvrdili existenci speciálního vztahu mezi MB a závislostí na alkoholu nebo návykových látkách. Nepopírají však vztah mezi PPP a celoživotní prevalenci alkoholu, pouze dodávají, že určitý vztah mezi frekvencí pití alkoholu a PPP existuje. (Piran, Gadalla, 2007, str. 189 – 203)

Jen u velmi malého počtu pacientů se setkáváme s toxikomany, pro něž byla hlavní motivací k abúzu pervitinu touha po štíhlém těle a u nichž se po odnětí drogy rozvinulo bulimické chování. (Heller, Pecinovská, 2011, str. 88)

## **2.2 Poruchy příjmu potravy a somatická onemocnění**

K poruchám příjmu potravy se neváží pouze psychické poruchy, ale i poruchy somatického typu. K nejčastějším zlovykům a chováním, které somatický stav pacienta s PPP rapidně zhoršují, patří zejména nadužívání diuretik a laxativ, nadměrné zvracení, špatná manipulace s inzulinem a redukce potravin obecně (strava bez vitamínů a potřebných živin). Podle lékařů jsou u pacientů s PPP časté kardiovaskulární komplikace, které jsou ve velké míře způsobeny velkou zátěží, jakou na srdce nadměrné zvracení působí. (Krch, 2005, str. 94)

Dále můžeme mezi nejčastější somatická onemocnění zařadit kosterní komplikace. Velkým rizikem je možnost vzniku osteoporózy. Vliv na tento typ kosterního onemocnění má zejména snížení hladiny kalcia, fosforu a pohlavních hormonů. Snížení hladiny pohlavních hormonů může vést ke vzniku amenorey, pokud není u pacientek ukončen tělesný vývoj. Dalším možným rizikem je hypoplastická děloha, v extrémních případech s rizikem vzniku neplodnosti. Dále se u pacientů se somatickými obtížemi objevují dermatologické komplikace, které se projevují popraskáním pokožky, lámáním nehtů, i poškození kůže na hřbetu ruky (při častém zvracení). Je pozoruhodné, že psychiatři i jiní lékaři a „nelékaři“, kteří se účastní léčebných programů pacientů s PPP, často tyto komplikace neznají. (Němečková, 2011, str. 460)

### **2.2.1 Poruchy příjmu potravy a kardiovaskulární komplikace**

Až 90% pacientů s PPP ve své anamnéze uvádí, že se během onemocnění setkali s kardiálními potížemi. Kardiovaskulární komplikace se projevují tím, že frekvence je menší než 60 tepů za minutu. S touto skutečností se setkáváme až u 80% pacientů s PPP. K častým srdečním arytmiím u pacientů s MA a MB může dojít z důsledku nadužívání diuretik nebo projímadel, které narušují elektrolytovou rovnováhu. Pacienti s PPP si své srdeční komplikace často neuvědomují a berou je na lehkou váhu, mohou však skončit smrtelnou srdeční zástavou. Další známé a klinicky významné jsou poruchy funkce mitrální chlopně, levé komory a znatelné zhoršení výkonnosti srdečního svalu. Psychiatrům a dalším odborníkům, kteří mají pacienty s PPP v léčbě, je doporučováno, aby pacienta vyšetřil kardiolog na specializovaném

oddělení a pravidelně sledoval jeho krevní tlak ve stoje, i v leže a kontroloval EKG u všech pacientů s výraznou podvážou a diagnózou MB. (Krch, 2005, str. 95)

### **2.2.2 Poruchy příjmu potravy a kosterní komplikace**

Jedním z hlavních důsledků proteino-kalorické malnutrice u pacientů s mentální anorexií bývá útlum osteoblastogeneze a kosterní novotvorba s následným úbytkem kostní hmoty a zvýšeným rizikem zlomenin. V období dětství a dospívání je (období, kdy je energeticky náročný růst a výrazná modelace skeletu) je mentální anorexie obzvláště poškozující. Bývá ohroženo dosažení geneticky determinovaného maxima kostní hmoty. V důsledku adaptování se organismu pacienta s PPP na nízký energetický příjem se může rozvinout řada neuroendokrinních abnormalit, které u pacienta s PPP dále přispívají k ubývání kostní hmoty. (Zikán in Papežová ed., 2010, str. 235)

Jestliže pacienti zcela odmítají mléčné výrobky, výrobky obsahující vitamín D a tuky, mohou se u nich vyskytnout případy osteomalancie. U pacientů s MA bývá mnohem častější výskyt osteoporózy a osteoporotické fraktury. (Krch, 2005, str. 97)

Rizikovým faktorem pro rozvoj osteoporózy u pacientů s PPP bývá útlum gonadálních funkcí, které vedou k nízkým hladinám estrogenů a progesteronu, zejména pak ve spojení s nutriční deprivací. Úplný rozvoj osteoporózy je možný, především u pacientek s PPP s primární či sekundární amenoreou. Lze mu ale částečně předejít, a to léčbou estrogeny nebo gestageny (jednoznačné závěry však lékařům v tomto směru zatím chybějí). Při předcházení osteoporózy u pacientů s PPP je také velmi důležitá dodávka kalcia, která bývá v těle pacientů velmi nízká. (Kocourková, 1997, str. 40)

Léčebný program u pacientů s PPP a kosterními komplikacemi musí směřovat zejména k návratu normální tělesné hmotnosti a obnovení menstruačního cyklu. (Krch, 2005, str. 98)

### 2.2.3 Poruchy příjmu potravy a diabetes mellitus

Vztah mezi diabetem a poruchami příjmu potravy je předmětem řady studií, a většina z nich potvrzuje častější výskyt poruch příjmu potravy nebo nevhodných stravovacích návyků u diabetiků. (Krch, 2005, str. 46)

Diabetes mellitus je heterogenní skupina onemocnění, jejímž společným znakem je zvýšená hladina cukru v krvi (tzv. hyperglykemie). V současné době pacientů s tímto druhem onemocnění přibývá. V České republice je dokumentováno více než 800 tisíc diabetiků, ale pravděpodobně je tento počet ale podhodnocený. Podle příčiny vzniku dělíme diabetes do několika skupin: 1. a 2. typu, sekundární diabetes, gestační diabetes a autozomálně dominantně děděný diabetes, typicky se vyskytující u mladých dospělých. Nejčastějším typem, který se vyskytuje, až u 90% diagnostikovaných pacientů, je diabetes mellitus 2. typu. U pacientů ve starším věku se obvykle vyskytuje v rámci metabolického syndromu (spolu s hypertenzí, hyperlipidemií a obezitou). S nárůstem obezity se s tímto typem diabetu setkáváme v poslední době stále častěji i u pacientů v mladších věkových kategoriích. Základním patogenetickým mechanismem diabetu 2. typu je kombinace inzulinové rezistence (= stav nižší citlivosti tkání vůči inzulinu, který je kompenzován zvýšenou sekrecí inzulinu ve slinivce břišní) a nedostatku inzulinu. Příznaky jsou následující: větší žízeň, únava, častější močení, sklony k infekci. (Brunerová in Papežová ed., 2010, str. 267)

Souvislost mezi diabetem a poruchami příjmu potravy se stává často zkoumaným jevem. Vztah mezi diabetem a PPP je ve velké míře reciproční. Diabetes 1. typu zvyšuje riziko rozvoje poruch příjmu potravy 2,3 krát po adjustaci na ostatní rizikové faktory a, PPP jsou spojeny s 2,4 násobným rizikem vzniku diabetu, zvláště 2. typu. Pacienti s kombinací poruchy příjmu potravy a diabetu vykazují vyšší výskyt psychiatrických komorbidit, mezi něž řadíme úzkost, deprese, panické ataky či abúzus alkoholu. (Brunerová in Papežová ed., 2010, str. 269)

Typy jednotlivých PPP se u diabetiků v zásadě neliší od PPP u pacientů bez diabetu. Pro diabetiky je však specifickou a novou jednotkou tzv. „diabulimie“. Ta není oficiální diagnózou, ale označuje výstižný název pro patologické chování diabetiků (převážně 1. typu), kteří záměrně vynechávají či redukují své dávky inzulinu, za účelem redukce hmotnosti pomocí glykosurie. Toto patologické chování může organismus velmi poškodit a vést k mnoha závažným zdravotním komplikacím. Výzkumy byla prokázána i vyšší úmrtnost

u pacientů s paralelním onemocněním diabetem 1. typu a mentální anorexií. (Komorousová, 2015, str. 24)

### **2.2.4 Poruchy příjmu potravy a neplodnost**

Vztah mezi neplodností pacientky a sexuálními problémy na jedné straně a poruchami příjmu potravy na straně druhé je velmi komplexní záležitostí, ať už z hlediska etiologie nebo terapie poruch příjmu potravy. Někteří autoři píšící o PPP předpokládají, že zvláštní vztah mezi sexem a jídlem u žen vysvětluje, proč u nich mohou snadněji vzniknout „poruchy touhy“. U pacientek s PPP jsou zábrany v oblasti sexu přisuzovány tradičně ke strachu dívek z dospívání. (Krch, 2005, str. 103)

Mnozí autoři upozorňují na rozdíly sexuálního chování u žen s mentální anorexií a bulimií. Ženy s MA se často vyhýbají hlubším vztahům a bývají více rezervované. Opačně je tomu u pacientek s MB, které se svým sexuálním chováním nijak neliší od skupin žen bez PPP. (Pařízek a kol. in Papežová ed., 2010, str. 214)

Důvodem, proč se pacientky s PPP vyhýbají sexuálnímu styku, nemusí být pouze strach z dospívání. Podle sledovaných pacientek s PPP bylo zjištěno, že téměř dvě třetiny zažily sexuální zneužívání, obvykle staršími muži, jim dobře známými. Z toho 80% příhod proběhlo u pacientek v dětství. (Pařízek a kol. in Papežová ed., str. 214)

V reprodukčním věku ženy probíhají v těle pravidelné cyklické změny – menstruační cyklus, který organismus periodicky připravuje na možnost oplodnění a následné otěhotnění. Poruchy menstruačního cyklu jsou převážně u MA spojené s dysfunkcí hypotalamu. U pacientek s MA, u kterých se po tři měsíce následně za sebou nedostaví menstruace, můžeme hovořit o amenoree. Amenoreu mohou lékaři diagnostikovat pouze u postmenarchálních žen. V případech, kdy dívka s PPP ztrácí menstruaci a, v jejím těle nemůže být oplodněno vajíčko, se žena stává neplodnou. Mnoho gynekologů může brát PPP na lehkou váhu a při zjištění ztráty menstruace svým pacientkám nasazuje hormonální antikoncepci na úpravu jejich cyklu. (Krch, 2005, 106)

Mezi závažnější případy patří ty, při kterých ženy s PPP otěhotnět chtějí. Povést se jim to v určitých případech může, v jiných ale končí na klinikách umělého oplodnění, kde si

jejich lékař může až na operačním sále všimnout, že mají velmi nízkou váhu a upozornit na jednu z PPP. Je pozoruhodné, že asi jedna třetina vdaných pacientek s MA má děti. PPP mohou mít obecně na těhotenství různý vliv. U pacientek, které otěhotní v průběhu aktivní fáze MA, může docházet k zesílení psychických symptomů, mezi něž můžeme zařadit i deprese a úzkosti. U žen se vyskytuje velký strach ze ztráty kontroly nad svou hmotností, který může posílit jejich snahu zabránit vzrůstu tělesné hmotnosti. Mnoho žen s PPP se v průběhu svého těhotenství bojí, že by mohlo své dítě úbytkem váhy a nedostatečným stravováním poškodit. Proto se mohou ocitnout v situaci, při níž se začnou stravovat podle „plánu matky v těhotenství“ a jakmile porodí, opět se vrátí k redukci svého jídelníčku. V případech, kdy se nemoc během těhotenství včas podchytí a čerstvá maminka dochází na psychoterapie a konzultuje svůj jídelníček s nutričním terapeutem, nemusí se PPP již projevit. Stav matky musí být sledován pouze tehdy, pokud přijdou stresové situace (nemoc dítěte, vstup do nového zaměstnání či výběr mateřské školy pro dítě). (Krch, 2005, str. 107)

### **2.2.5 Poruchy příjmu potravy a dermatologické komplikace**

Hlavní příčiny kožních změn u poruch příjmu potravy vyplývají v zásadní míře z poruch výživy a hladovění, z navozování zvracení, užívání nejrůznějších podpůrných léčiv (anorektik, diuretik, emetik a laxativ) a z průvodních psychiatrických poruch. Mezi nejčastější dermatologické příznaky u všech PPP patří: kožní vyrážky, příliš suchá kůže, purpura, snadné vytvoření modřin, akné, hypertrichóza, alopecie, změny nehtů (lámavost), akrocyanóza, hyperpigmentace, poruchy hojení ran, změny v ústní dutině (afty, zubní kaz), strie a hyperkarotenemie. (Štork in Papežová ed., 2010, str. 251)

Hyperkarotenemie je přítomna až u 72% pacientek s mentální anorexií a v některých případech způsobuje jasně nažloutlé zbarvení kůže – karotenodermii. Onemocnění, které má za následek výše popsané zbarvení kůže, může vzniknout v důsledku nadměrného příjmu karotenu a vitamínu A v potravě či v důsledku získaného defektu v metabolizaci a využívání vitamínu A. (Krch, 2005, str. 101)

I když se nejedná o projevy specifického rázu, mohou být velmi důležitým vodítkem k včasné diagnóze těchto závažných onemocnění. (Štork in Papežová ed., 2010, str. 253)

### **2.2.6 Poruchy příjmu potravy a hematologické komplikace**

Změny kostní dřeně a zejména krevního obrazu se ve větší míře vyskytují u více než poloviny pacientů s MA a jejich klinická závažnost stoupá se stupněm úbytku tělesné hmotnosti. S mírnou normochromní normocytární anémií (množství hemoglobinu více než 80 g/l), typickou akantocytózou a sníženou sedimentací erytrocytů se můžeme setkat až u 10 – 20% pacientů s mentální anorexií. V praxi je důležité při úvodním vyšetření pacientů s PPP vyšetřit celý krevní obraz. Červený i diferenciální bílý krevní obraz a další vyšetření se mohou provádět podle potřeby a nařízení ošetřujícího lékaře, pokud celkový počet granulocytů klesne přibližně pod 2000 milimetrů krychlových. Realimentace vede zpravidla k rychlé úpravě všech hematologických změn pacienta. (Krch, 2005, str. 99)

### **2.2.7 Poruchy příjmu potravy a neurologické komplikace**

Neurologické komplikace u pacientů s poruchou příjmu potravy v drtivé většině lékaři přisuzují jako následky nedostatku makronutrientů (cukry, tuky, bílkoviny) a minerálové dysbalanci či mikronutrientů (vitaminy, stopové prvky). (Doležal in Papežová ed., 2010, str. 223)

Porucha elektrolytové rovnováhy akutního rázu ve většině případů způsobená zvracením, klystýry, nadužíváním projímadel a diuretik může vyvolat u pacientů s PPP řadu neurologických komplikací. Včetně generalizovaných tonicko-klonických křečí, stavů, při kterých je pacient akutně zmaten, tetanie, svalové slabosti, zvýšení hlubokých šlachových reflexů a přechodných neurologických příznaků, které se ve velké míře podobají příznakům přechodné ischemie mozku. (Krch, 2005, str. 99)

U PPP nejsou neurologické komplikace ojedinělé. Často jsou spojeny s malnutricí, elektrolytickou dysbalancí a vitaminovou karencí. Nejčastěji je u pacientů s PPP popisována celková svalová slabost, vymizení reflexů a tetanie (syndrom vyvolaný extrémně sníženou



hladinou vápníku v krvi). Intoxikace vodou (při snaze zahnat hlad pitím velkého množství vody) vede k velkým bolestem hlavy, myoklonickým záškubům, zmatenosti, neklidu, záchvatům i kómatu. (Doležal in Papežová ed., 2010, str. 227)

### **2.2.8 Poruchy příjmu potravy a gastrointestinální komplikace**

Poruchy příjmu potravy jsou ve velké míře provázeny rozmanitou gastrointestinální symptomatologií. U některých případů však gastrointestinální problematika předchází jednu z diagnóz PPP, v ojedinělých případech i o řadu let, a nemocní bývají proto sledováni v gastroenterologických ambulancích nebo u svých praktických lékařů s různými, především funkčními diagnózami. V určitých případech se může jednat o diagnózy závažnějšího charakteru, mezi něž patří idiopatický střevní zánět (ulcerózní kolitida – proktitida). Diferenciální diagnostika musí být v uvedených případech obsáhlá a zahrnovat malabsorpční syndromy, a to včetně celiakie i různých příčin gastrointestinální obstrukce (např. idiopatické střevní záněty). (Novotný in Papežová ed., 2010, str. 229)

Známým příznakem MB je benigní zduření slinných žláz, které se objevuje u 25 až 50% pacientů. Příznaky se mohou také objevit u MA nebo jiných chronických případů podvýživy. Při hodnocení ústních a zubních komplikací je zjišťována jasná souvislost mezi pravidelným zvracením a charakteristickou erozí zubní skloviny a zuboviny na lingválním povrchu předních zubů horní čelisti. U pacientů s PPP vznikají v důsledku zvýšeného vystavení působení žaludečních šťáv záněty jícnu, jícnové eroze a vředy. Tyto komplikace se objevují hlavně u pacientů s MB a zvracejících pacientů s MA. Mezi další gastrointestinální komplikace u pacientů s PPP patří zhoršená motilita tenkého střeva a komplikace v oblasti tlustého střeva (střídání zácpy a průjmů). (Krch, 2005, str. 96)

Pro lékaře gastroenterologických ambulancí vyplývá nezbytnost, pomýšlet na to, že pod nejasnými a spornými případy určitých gastroenterologických diagnóz se může ukrývat i jedna z primárních diagnóz PPP, která často imituje jiné onemocnění. Od nemocných pacientů s PPP dostávají lékaři – gastroenterologové obvykle neúplné údaje o jejich stavu, některé údaje jsou samotnými pacienty zatajovány. Proto je zapotřebí aktivně pátrat po pravidelnosti anamnestických údajů a k anamnéze se opakovaně vracet, doplňovat ji i

upřesňovat a snažit se získat předchozí dokumentaci z jiných pracovišť, kde byli pacienti v dřívější době sledováni. V takových případech je pro stanovení správné diagnózy a zahájení adekvátní léčby nezbytná komplexní mezioborová spolupráce lékařů. (Novotný in Papežová ed., 2010, str. 233)

### **3 Přehled léčby a pomoci poruch příjmu potravy**

V této kapitole se pokusím nastínit možnosti léčby poruch příjmu potravy v České republice. V jejích následující podkapitolách je podrobněji rozeberu a seznámím čtenáře s jejich obsahem a možnostmi využití.

Nabídka nejrůznějších léčebných přístupů, zejména psychoterapeutických užívaných v terapii u pacientů s poruchami příjmu potravy se v posledních deseti letech velmi rozšířila. Nejrůznější psychoterapeutické přístupy prošly značnými změnami a vzrostl také počet specializovaných forem léčby. (Krch, 2005, str. 123)

V současné době Česká republika nabízí formy léčby poruch příjmu potravy v ambulantní formě, ale i ve formě hospitalizace. Pacienti s PPP, kteří se rozhodnou pro ambulantní léčbu, mohou využít pomoc Centra Anabell (centrum poskytuje odborné sociální poradenství osobám s poruchou příjmu potravy a jejich blízkým), denního stacionáře pro osoby s PPP, psychiatrických nebo psychoterapeutických setkání, svépomocných skupin a v neposlední řadě nutričních terapeutů. (Krch, 2015)

Léčebné metody a přístupy poruch příjmu potravy mají individuální charakter. Avšak ve většině případů záleží na věku pacienta a především na jeho skutečných možnostech spolupráce s odborníky. U nezletilých pacientů s PPP nelze některé léčebné kroky odkládat, jak je to možné u pacientů starších. V těchto případech je kladen velký důraz na spolupráci s rodiči, případně i se školou, kam nezletilý pacient dochází a s jeho vrstevníky. U dospělých pacientů poté ve velké míře záleží na jejich vlastním rozhodnutí, jestli se léčit chtějí či nikoliv. (Krch, Marádová, 2003, str. 19)

Při léčbě poruch příjmu potravy je dobré vědět, že pacient se nemůže vyléčit bez svého aktivního přičinění. Překonat návyk, postavit se svému strachu a podívat se mu do očí znamená každodenní práci a velké odhodlání. V případě nemotivovaných pacientů i dlouhodobý, trpělivý a udržitelný tlak okolí, ze kterého nelze polevit. V první fázi je žádoucí obrátit se na praktického lékaře, zvláště u nezletilých pacientů. Odborníci by měli umět pacienta nasměrovat na nejlepší možnou cestu léčby a provést mu vyšetření, která mohou poukázat na možná rizika poruchy příjmu potravy. Pokud při léčbě dojde u pacientů k nejrůznějším chybám nebo relapsu, není vhodné jak ze strany osob blízkých, tak i lékařů,

vyvíjet na pacienta nátlak, trestat či hanit ho za chyby. Je důležité chybám předcházet a samotného pacienta na jejich výskyt připravit. Učitelé, spolužáci ani rodina by neměli nahrazovat v léčbě své osoby blízké s poruchou příjmu potravy terapeuta. Blízké osoby jsou však důležitými vzory a mohou pacientovi s poruchou příjmu potravy pomoci přiměřeným dohledem, podporou, zpětnou vazbou a motivací k léčbě. Všechny typy poruch příjmu potravy lze zvládnout. Je zapotřebí myslet na to, že pacient nezvládne nic bez vlastního přičinění na léčbě a spoluprací s odborníky (praktickým lékařem, psychiatrem, psychoterapeutem, nutričním terapeutem a případně i gastroenterologem a gynekologem). (Krch, Marádová, 2003, str. 20)

Před výše zmíněnými odborníky stojí nelehká úloha, která tkví ve vyvíjení aktivit, jež by převážně mladé lidi chránily před návykem patologických forem stravování a redukci vlastní hmotnosti. Jedná se o práci preventivního charakteru, která by neměla být opomíjena. Kromě obeznámení mladých lidí v rizikovém věku s náchylnostmi k poruchám příjmu potravy, by měly být preventivní aktivity zaměřené na pozitivní přístup k vlastnímu tělu. (Kopčanová, 2012/2013, str. 31)

Centrum Anabell realizovalo od listopadu 2015 do března 2016 primárně preventivní programy na základních a středních školách. Programy měly velký úspěch nejen v řadách studentů, ale také u jejich učitelů a profesorů. Primárně preventivní programy: „Vím proč jím? Vím proč jím!“ byly financované z Norských fondů.

### **3.1 Hospitalizace a částečná hospitalizace**

Jedním z mnoha důvodů, kvůli kterým se lékařský tým rozhodne pacienta s poruchou příjmu potravy hospitalizovat, může být potřeba lékařské stabilizace. Nemocniční léčba bývá v takových případech nezbytná a nemusí nutně znamenat, že se pacient z poruchy příjmu potravy vyléčí. Závazek, kdy pacient s PPP aktivně spolupracuje, je nezbytný v případě, že hospitalizace je zamýšlena jako jeden z důležitých kroků v procesu uzdravování. (Krch, 2005, str. 125)

Hlavní kritéria, která rozhodují v lékařském týmu o doporučení hospitalizace, jsou následující: váhový úbytek pacienta, rychlost váhového úbytku či výrazně patologické

stravovací chování (osoby s PPP někdy odmítají i pít), intenzivní záchvaty přejídání, následné zvracení a užívání projímadel, které jsou spojené s vážnými somatickými komplikacemi nebo představují vážné zdravotní riziko. V neposlední řadě léčba možných přidružených stavů k PPP, mezi něž patří velmi těžký stav deprese, riziko sebepoškozování nebo zneužívání psychoaktivních a návykových látek. (Kocourková, 1997, str. 97)

Pro řadu pacientů s PPP je vhodnější formou léčby docházení do denního stacionáře či absolvování částečné hospitalizace. Zmíněné typy programů umožňují klientům zorientování se ve struktuře jídelního režimu a současně poskytují intenzivní zapojení do terapie, aniž by se pacient musel vzdát terapeutické podpory nebo úkolů mimo nemocnici. Částečná hospitalizace patří k méně finančně náročným v porovnání se samotnou hospitalizací, a pacientům umožňuje prospěšný přechod mezi hospitalizací a ambulantní péčí. (Krch, 2005, str. 135)

Doba hospitalizace je individuální, ve většině případů se ale pohybuje okolo tří měsíců. Týmový přístup lékařů a jiných odborníků podílejících se na uzdravení pacienta s PPP zabraňuje považovat potíže pacienta pouze za fyzický a somatický problém či za psychologický, emoční a vztahový problém. (Kocourková, 1997, str. 98)

### **3.2 Psychiatrická, psychoterapeutická a sociální pomoc**

Obecně se z poruch příjmu potravy bez cizí pomoci vyléčí pouze nepatrná řada pacientů. Většina pacientů s MA, MB a záchvatovitým přejídáním nejčastěji volí psychiatrickou a následně psychologickou či psychoterapeutickou formu pomoci.

V první fázi své léčby se pacienti s PPP mohou dostat do kontaktu se sociálními pracovníky nebo sociálními terapeuty, jejichž vzdělání je orientováno sociálně. Tito odborníci umí své klienty vyslechnout, poradit jim, povzbudit, motivovat je k léčbě a zejména je nasměrovat na tu nejlepší možnou formu léčby. Sociální pracovník bývá často člen terapeutického týmu, může vést svépomocnou i terapeutickou skupinu. Často také pracuje v organizaci, která je poskytovatelem určité sociální služby. Dále může pracovat na krizových linkách, v internetových poradnách a diskusních fórech, které se specializují na pomoc osobám s poruchou příjmu potravy. (Starostková, 2015, str. 23)

Pokud chce pacient znát přesnou diagnózu, zda se jedná o MA, MB nebo záchvatovité přejídání, a nechat si předepsat léky na úzkost, volí pomoc psychiatra. Psychiatr je atestovaný lékař specialista na psychické poruchy a jediný, který může předepisovat svým pacientům léky (antidepresiva, psychofarmaka), jež po pravidelném užívání zvyšují hladinu serotoninu v mozku pacienta. Serotonin reguluje pocity hladu, zlepšuje depresi a nutkavé myšlenky. (Starostková, 2015, str. 23)

V další fázi léčby může pacient s PPP navštívit psychologa nebo psychoterapeuta. Psycholog je humanitně vzdělaný odborník, není však lékař. Může pacienta vyšetřovat testovými metodami a dle dalšího vzdělání, psychoterapeutického výcviku a specializace provádět různé druhy terapií, nejčastěji se jedná o kognitivně-behaviorální terapii. V neposlední řadě nesmíme zapomenout na práci psychoterapeuta, který by měl být ústřední postavou v léčbě PPP. Psychoterapeut může být psychiatr, psycholog či sociální pracovník, který svým navazujícím vzděláním získal specializaci v provádění určitého typu psychoterapie. Druhů psychoterapie je mnoho, hlavním způsobem je léčba rozhovorem, případně hudbou, tvořením, uměním, tancem nebo pohybem. Psychoterapie bývá odborníky řazena mezi nejosvědčenější metodu léčby PPP. Klientovi pomáhá dozvědět se, proč se u něj konkrétní porucha rozvinula. Dále se snaží využít různých strategií podle druhu psychoterapie, které by měly vést k tomu, aby se pacient časem cítil lépe. Existuje mnoho forem terapie, mezi nejznámější patří: individuální, rodinná, skupinová, partnerská či manželská. (Švédová, 2012, str. 20)

### **3.2.1 Kognitivně – behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální (dále jen KBT) terapie představuje pro pacienta s poruchou příjmu potravy s ohledem na rozvoj jeho problému a osobní specifika zpravidla diferencovanou metodu, jejíž úkolem je zaměřit se konkrétně na pozorovatelné a jasně definované problémy pacienta. Tato terapie se v mnoha spektrech opírá o poznatky kognitivní psychologie, ale také teorie učení, i o dobrou znalost problematiky PPP a práce s vnitřně rozpolceným pacientem, kterého tato terapie vede k otevřené a aktivní spolupráci s terapeutem. Přístup v KBT u pacientů s MA a MB se v mnoha oblastech překrývá. Hlavním

tématem zmíněných poruch příjmu potravy je ve většině případů pacientovo přesvědčení, že tělesná hmotnost, štíhlost a postava jsou jediným kritériem, které vypovídá o jeho osobě. Strach z narůstání hmotnosti je u pacientů s MA stejný jako u pacientů s MB. Většinu pacientů s MB je ale možné ujistit, že v průběhu své léčby přiberou jen málo. Odlišný postup je u pacientů s MA, u kterých bývá terapeutickou strategií skutečný nárůst hmotnosti i přes to, že pacient má stále touhu udržet si nízkou váhu. Zde hraje velkou roli vytvoření si dobrého vztahu pacienta s terapeutem, který pacienta plně podporuje v tom, aby se vzdal nesčetných ego-syntonních (soulad určitého prožívání, představ, citění, vlastností, myšlenek nebo chování s vlastním sebepojetím, jejich vnímání jako nedílná část své osobnosti) symptomů. Hlavním cílem kognitivně-behaviorální terapie je potlačit faktory udržující poruchu a přerušit nevhodné návyky pacientů s PPP. (Krch in Papežová ed., 2010, str. 345 – 348)

### **3.2.2 Rodinná terapie**

U pacientů, kteří ještě nejsou plnoletí a žijí se svou rodinou, je odborníky na PPP doporučována jako jedna z forem pomoci rodinná terapie. U starších pacientů je rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii, pokud jsou u pacienta v popředí rodinné konflikty. Terapeuti, kteří rodinnou terapii provádějí, jsou přesvědčeni o tom, že poruchy příjmu potravy mohou být odrazovým můstkem určité dysfunkční role, spojení, konfliktu nebo interakčního vzorce v rodině. K hlavním doporučením rodinné terapie patří zejména to, že pacienti sdílí domov se svými rodiči nebo opatrovníky, kteří mají plnou zodpovědnost za zdraví a pohodu svého dítěte. Rodiče mívají kapacitu výrazně ovlivnit a hlavně podpořit dosažení terapeutického cíle. Jak jsem již zmínila, rodinná terapie bývá také cenným doplňkem individuální terapie, a to právě u pacientů s PPP, u nichž se pracuje s traumaty, mezi které například patří pohlavní zneužití v rámci rodiny. (Krch, 2005, str. 127)

### **3.2.3 Psychoterapeutické a svépomocné skupiny**

Psychoterapeutické a svépomocné skupiny jsou společenstvím pacientů s PPP, které vede odborník na léčbu PPP. Psychoterapeutické skupiny mohou mít mnoho forem

vedení skupiny pacientů s PPP. Řada psychoterapeutických skupin preferuje integrativní přístup, ve kterém se snaží využít metody řady terapeutických škol a přístupů. Hlavní a základní metodou psychoterapeutické skupiny je rozhovor a vztah, v případě rozdílných potřeb klientů zařazují psychoterapeuti do skupiny například práci se sny, nácvik rolí a arteterapeutické techniky. Naopak svépomocnou skupinu vést psychoterapeut nemusí. Tu vede nejčastěji sociální pracovník nebo sám bývalý pacient, který si určitou poruchou příjmu potravy prošel, uzdravil se a, má proto relevantní vlastní zkušenosti a dovednosti, které může ostatním pacientům dále předat. Osoba, která si PPP prošla a v současnosti svépomocnou skupinu vede, může na své klienty působit jako ztělesněná naděje na uzdravení. (Middleton, Smith, 2013, str. 47)

### **3.3 Nutriční poradenství**

Nutriční terapeut je vzdělaný v humanitní i v medicínské oblasti se specializací na jídlo a stravovací návyky. Tento odborník musí mít odborné vzdělání proto, aby dokázal pacientovi s poruchou příjmu potravy a jinou přidruženou poruchou porozumět v tom, co prožívá a pomoci mu zvládnout chyby ve stravovacích návycích. Nutriční terapeut může pracovat v týmu odborníků, který pečuje o pacienta s PPP, často se nachází v nemocnicích, kde jsou tito pacienti hospitalizováni. Nutriční terapeut může mít soukromou ordinaci nebo docházet do specializovaného centra, jakým je i Centrum Anabell. (Klímová, 2016)

V Centru Anabell nutriční terapeut klienta vyslechne a probere s ním jeho diagnózu, jídelní zvyklosti a společnými silami se snaží napravit chyby ve stravování. Ke své práci potřebuje vyjádření interního lékaře, případně praktického lékaře a výsledky předem sjednaných krevních testů. Po několika setkáních nutriční terapeut společně s klientem sestavuje jídelníček a postupem času do něho společně přidávají i potraviny ze seznamu „zakázaných jídel“ (tučné věci, sladké potraviny aj.). Terapie u nutričního terapeuta by měla být součástí každé léčby osoby s poruchou příjmu potravy, zvláště pak v případech, kdy mají pacienti k PPP přidruženou ještě další somatickou poruchu. (Starostková 2015, str. 24)



### **3.4 Preventivní programy**

Vhodným výchovným působením, obzvláště v kritickém období člověka, jakým je období adolescence, je možné poruchám příjmu potravy předcházet. Základ prevence tkví zcela jistě v rodině. Škola by však také měla v rámci určitých vyučovacích předmětů dbát na výchovu ke zdravému životnímu stylu a předcházení PPP. Svým žákům by měla poskytnout dostatek informací o výskytu, příčinách a důsledcích poruch příjmu potravy. Své žáky by měla vést ke zdravým stravovacím návykům a podporovat ve škole pozitivní sociální klima. Dále by měla vytvářet podmínky pro osobní rozvoj žáků a pro posilování vlastní sebedůvěry s cílem omezit projevy sebedestruktivního chování. Na každé škole má v současné době povinně působit metodik prevence, který se primární prevencí zabývá a třídám v základních a středních školách odborné přednášky zajišťuje. (Krch, Marádová, 2003, str. 21 – 22.

V období od listopadu 2015 do března 2016 jsem byla součástí preventivních programů, které Centrum Anabell realizovalo. V rámci preventivních programů na základních a středních školách jsem se setkala s osobami, které PPP trpěly nebo k nim měli „nakročeno“. Přednášky měly velký ohlas nejen u žáků, ale také u jejich učitelů.

## 4 Možnosti sociální práce s klienty s PPP

V této kapitole se zaměřuji na oblast sociální práce a jejím možnostem práce s pacienty s poruchami příjmu potravy.

Pacientů s poruchou příjmu potravy, kteří se rozhodnou, svou dosavadní životní situaci změnit, je v současné době mnoho. To se rovněž týká i osob blízkých, které se nevyznají v PPP a hledají možnosti léčby pro svého kamaráda, dceru nebo syna, kteří PPP trpí. Právě tyto osoby mohou navštívit na třech místech České republiky poradnu Centra Anabell, kde je sociální pracovníci vyslechnou, podpoří a budou společně s klienty hledat tu nejlepší možnou formu pomoci (psychoterapie, nutriční terapie, svépomocná skupina a další).

Centrum Anabell bylo založeno v roce 2002 a je neziskovou organizací. Kontaktní centrum poskytuje odborné sociální poradenství osobám od dvanácti let věku s poruchou příjmu potravy, ale také jejich blízkým osobám. V centrech Anabell pracují týmy odborně vzdělaných sociálních pracovníků, kteří s klienty vedou sociálně terapeutická sezení, dále v centrech působí psychoterapeuti a nutriční terapeuti. Centrum Anabell má pobočky v Praze, Brně a Ostravě. Centrum Anabell nabízí následující služby: odborné sociální poradenství, nutriční poradenství, psychoterapeutické poradenství, internetové poradenství, svépomocnou skupinu a internetové diskusní fórum. (Sladká - Ševčíková, 2015)

Jak bylo již zmíněno výše, do poradny Anabell nejčastěji přichází klienti trpící poruchou příjmu potravy, kteří si své onemocnění uvědomují, jsou k léčbě plně motivováni a chtějí s léčbou začít. Nebo také klienti, kteří motivováni k léčbě nejsou a svůj problém si plně neuvědomují a řešit ho nechtějí, a které jejich blízká osoba doslova donutí k návštěvě centra. S posledně zmíněnými typy klientů se velmi špatně spolupracuje, poradna Anabell má však osvědčený postup, že pokud schůzku s osobou blízkou a klientem s PPP rozdělí, klient se poté sociálnímu pracovníkovi více otevře. Svěří se mu s prožitky, které osoba blízká neví nebo se jí je stydí povědět a klientův vztah k sociálnímu pracovníkovi se prohlubuje.

Poradny Centra Anabell v Praze, Brně a Ostravě poskytují odborné sociální poradenství svým klientům i anonymně. Je pozoruhodné, že poradna Anabell Praha má četnější návštěvnost klientů s PPP, kteří přijdou na schůzku pouze jednou až dvakrát (v průběhu jednoho měsíce nebo roku), a poté již sami začnou docházet na pravidelné setkání

s nutričním terapeutem, psychoterapeutem, případně psychiatrem. Poradny Centra Anabell v Brně a Ostravě hlásí větší četnost opakujících se klientů, tedy klientů, kteří dochází do poradny Anabell jednou až dvakrát do měsíce po dobu minimálně jednoho roku. Dlouholetá statistická činnost a zkoumání všech poraden Centra Anabell, zjistilo, proč Brno a Ostrava mají více klientů, kteří chodí na schůzky opakovaně a Praha má klienty, kteří přijdou jednou až dvakrát. Závěr byl takový, že hlavní město Praha poskytuje klientům pravděpodobně mnohem širší síť odborníků, ať už psychoterapeutů, nutričních terapeutů, svépomocných skupin, psychoterapeutických skupin, denních stacionářů, ale také hospitalizačních středisek zaměřených na léčbu PPP a klienti vyhledají právě tyto formy pomoci. A dalším závěrem byl fakt, že pro klienty žijící v Praze není tolik finančně náročné docházet souběžně na individuální psychoterapii a terapii s nutričním terapeutem, jako je tomu u klientů v Ostravě a Brně. (Statistická činnost poraden Centra Anabell)

Sezení v poradně Anabell je bezplatné a trvá přibližně padesát minut. Klienti se mohou na sezení, které vede sociální pracovník, objednat telefonicky nebo e-mailem. Mnoho klientů také zachytí telefonická krizová linka, jež Centrum Anabell svým klientům nabízí. Na tuto linku nejčastěji volají klienti s PPP, kteří se ocitli v bezvýchodné situaci, například se přejedí a chtějí se jít vyvracet nebo také osoby blízké, které mají poradnu Anabell daleko od svého bydliště a chtějí se poradit o tom, co jsou poruchy příjmu potravy a jak mohou co nejlépe hovořit o tomto tématu se svým nemocným dítětem, kamarádem nebo kamarádkou.

Centrum Anabell se v průběhu celého roku snaží vytvářet mnoho aktivit nejen pro klienty s poruchou příjmu potravy, ale také pro širokou veřejnost. Centrum se účastní veletrhů sociálních služeb, benefičních akcí, primárně preventivních programů pro žáky základních a středních škol. Centrum se dále věnuje osvětě prostřednictvím spolupráce se známými osobnostmi České republiky, které poruchami příjmu potravy buď trpěli a chtějí se podělit o svůj příběh, nebo mají určitou „slabost“ pro tuto problematiku a chtějí v osvětě pomoci.

Na financování Centra Anabell se podílí nadace Centra Anabell, fundraiserová činnost, dotace Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, evropské fondy, dále dotace krajských úřadů, Hlavního města Prahy a dary nezávislých osob a společností.

Centrum Anabell se ve službách, které pro své klienty nabízí, snaží stále zdokonalovat. Všechny týmy sociálních pracovníků a terapeutů z České republiky se pravidelně scházejí, upravují metodiky práce a podílejí se na přípravě nových služeb pro své klienty. Jednou z nově připravovaných služeb je zatím pouze „pilotní projekt“ multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým je skupina, složená z odborníků na poruchy příjmu potravy, kteří jsou zapojeni do léčby pacientů. Tým pracuje v souladu s platnou legislativou ve všech oblastech svého působení a řídí se platnou metodikou práce. Multidisciplinární tým je flexibilní a snaží se vyplnit „prázdné místo“ v nabízených službách, kdy se klienti odhodlávají řešit svou situaci spjatou s některou z poruch příjmu potravy a u jiných odborných lékařů by čekali dlouhou dobu na objednání a postupně tak ztráceli motivaci ke své léčbě. (Starostková, 2015, str. 19)

Centrum Anabell se pro realizaci pilotního projektu multidisciplinárního týmu rozhodlo z důvodu neexistence specializované ambulantní sítě v České republice pro léčbu poruch příjmu potravy, která by stavěla na spolupráci sociální a zdravotní péče. Ideální cíl obou výše zmíněných sfér je uspokojení zájmů klienta a to v širokém biopsychosociálním pojetí, které vede k vzájemné spolupráci obou stran. (Starostková, 2015, str. 12)

Jako velký přínos multidisciplinárního týmu, viděno z pozice sociálního pracovníka Centra Anabell je, že klienti budou mít komplexní péči všech odborníků (sociálního pracovníka, nutričního terapeuta, psychoterapeuta, psychiatra, gastroenterologa a gynekologa) a mohou u nich být včas odhaleny přidružené psychické či somatické poruchy a následně správnými odborníky léčeny. Klient nebude muset svůj příběh několikrát vyprávět všem odborníkům a sdělí ho pouze sociálnímu pracovníkovi, který se bude se svým týmem scházet, spolupracovat a koordinovat jej. Klient pak každému z odborníků řekne pouze to, co s ním chce probírat. S nutričním terapeutem bude řešit jen své jídelní zvyklosti a nikoliv ztrátu menstruace nebo neplodnost, kterou bude výhradně konzultovat se svým gynekologem z týmu, jež vše prodiskutuje na společném setkání celé multidisciplinární skupiny.

V další kapitole, která je věnovaná dotazníkovému šetření, bude použit dotazník, který by v budoucnu mohl sloužit také jako pomůcka v odhalování přidružených poruch k poruchám příjmu potravy při vstupu klienta do multidisciplinárního týmu. Celý tým Centra

Anabell věří, že se v budoucnu podaří takový tým zrealizovat a naši klienti budou chodit do jednoho centra, které bude pracovat na zlepšování somatických a psychických poruch klientů.

## **5 Průzkum pomocí metody dotazníkového šetření**

V praktické části mé diplomové práce zaměřené na poruchy příjmu potravy ve spojitosti s jinou diagnózou se pokusím zjistit, zda klienti, kteří navštívili Centrum Anabell a řešili jednu z poruch příjmu potravy, měli i jiné poruchy psychického či somatického typu. Pomocí dotazníkového šetření jsem zjišťovala, o jakou další přidruženou poruchu k poruše příjmu potravy se jednalo, kdy se tato přidružená porucha objevila a kde se s ní klient léčil a jestli mají obecně poruchy příjmu potravy negativní dopady na život klienta.

Dotazník, který jsem v práci použila, bych ráda věnovala Centru Anabell, které jej může využít při prvním, úvodním sezení s klientem. Dále může také sloužit při zjišťování informací o klientovi nebo při vstupním poradenském sezení, po kterém by následoval vstup klienta do multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník by s pomocí dotazníku zjistil jaké kolegy (psychiatra, gastroenterologa, gynekologa) z týmu má oslovit mezi prvními a ke komu klienta v první fázi léčby poslat.

### **5.1 Cíl průzkumu metodou dotazníkového šetření**

Cílem průzkumu, který je proveden metodou dotazníkového šetření bylo zjistit, zda mají klienti, kteří přišli řešit svou situaci spojenou s poruchou příjmu potravy do Centra Anabell i jinou přidruženou poruchu. Dále, kdy tuto poruchu začali vnímat a jestli se s poruchou léčí. V neposlední řadě, zda mají poruchy příjmu potravy negativní dopady na jejich život a jakého typu tyto dopady jsou.

### **5.2 Dotazníkové šetření**

Průzkum byl zpracován formou dotazníkového šetření. Dotazníky jsem zasílala s písemným svolením klientům Centra Anabell. K dotazníkovému šetření jsem použila formuláře, které jsou zaměřeny na on-line průzkumy a jsou poskytnuty zdarma všem uživatelům e-mailové adresy na stránce [www.google.cz](http://www.google.cz). Dotazník byl pro klienty anonymní a skládal se z deseti uzavřených a jedné otevřené otázky (viz Příloha – Online dotazník).

Dotazníky byly zasílány klientům prostřednictvím e-mailové pošty nebo byly s klienty vyplněny přímo v průběhu poradenského procesu se sociálním pracovníkem. Celková doba provádění průzkumu činila měsíc.

### **5.3 Hypotézy**

**Hypotéza č. 1:** Nadpoloviční většinu respondentů (pacientů s PPP) dotazníkového šetření, kteří navštívili Centrum Anabell, budou tvořit ženy.

**Hypotéza č. 2:** Mezi pacienty s PPP, kteří navštívili Centrum Anabell, bude většina těch, kteří se s touto diagnózou zatím nikde neléčí nebo neléčili.

**Hypotéza č. 3:** Převážná většina pacientů s poruchou příjmu potravy, která přijde na konzultaci do poradny Anabell, má k poruchám příjmu potravy i jinou přidruženou poruchu (psychickou či somatickou).

**Hypotéza č. 4:** Druhá přidružená porucha (psychická či somatická) se u pacientů vyskytla až v průběhu poruch příjmu potravy.

**Hypotéza č. 5:** Poruchy příjmu potravy mají u řady pacientů negativní dopady na jejich život.

### **5.4 Vzorek respondentů dotazníkového šetření**

Vyplněním dotazníku se zabývalo 62 respondentů (ženy i muži). Oslovených respondentů bylo 150. Návratnost vyplněných dotazníků respondenty činila necelých 43%. Nadpoloviční neúčast při vyplňování přisuzují několika faktorům. Prvním faktorem je, že oslovení respondenti nevyplnili dotazník, protože mají již po léčbě poruch příjmu potravy a druhým je, že klienti uvedený e-mail v souhlasu (souhlas o zpracování osobních a citlivých dat Centra Anabell) již nenavštěvují nebo ho nemají v provozu. Několik dotazovaných (4

respondenti) se mně omluvilo, že dotazník vyplňovat nebudou, jelikož jsou osobami blízkými osob s poruchou příjmu potravy a sami žádnou z uvedených diagnóz v dotazníku netrpí nebo netrpěli.

Z 62 vyplněných dotazníků bylo 10 (16%) dotazníků vyplněno přímo v poradně Centra Anabell během schůzky s klientem s poruchou příjmu potravy. V poradně Anabell nikdo z dotazovaných dotazník neodmítl. Průměrná doba vyplňování dotazníků trvala respondentům necelých 5 minut.

## **5.5 Zpracování a výsledky dotazníkového šetření**

Pro zpracování výsledků dotazníkové šetření jsem využila služby Formuláře Google, které jsou zdarma pro všechny uživatele e-mailu na stránce [www.google.cz](http://www.google.cz). Aby bylo možné z otázek přehledně vyčíst výsledky mého zkoumání, použila jsem grafy, které budou následně rozebrány a podrobně popsány.

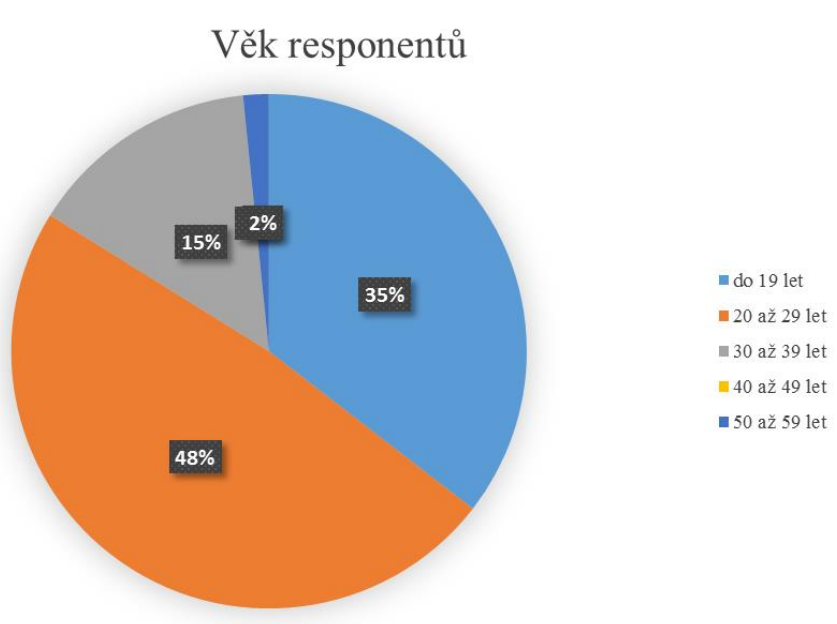
Jak jsem uvedla výše, dotazník se skládal z 11 otázek. Prvních 10 otázek bylo uzavřených a povinných, respondent na ně tudíž musel odpovědět. Respondenti měli možnost výběru z několika odpovědí. Poslední 11. otázka byla otevřená a nepovinná, týkala se stručného popsání respondentových negativních dopadů, které poruchy příjmu potravy na jeho život mají.

Dotazníky jsem zasílala všem klientům, kteří během svého sezení za uplynulé dva roky (2014, 2015) v poradně Centra Anabell podepsali souhlas o zpracování osobních a citlivých údajů a, byli také tázáni, zda se chtějí účastnit dotazníkových šetření Centra Anabell. V dotazníku jsem neuváděla otázky typu: Máte poruchu příjmu potravy? Jste vyléčen/a z poruch příjmu potravy? Dotazovaný, který již žádnou poruchou příjmu potravy netrpěl, dotazník nevyplňoval. Obdržela jsem od respondentů několik odpovědí, které se týkaly toho, že jsou již vyléčení nebo jak jsem již zmínila výše, jsou osobami blízkými a žádnou z poruch příjmu potravy netrpí a nikdy netrpěli, a proto nemohou dotazník vyplnit. Během zasílání dotazníků klientům Centra Anabell jsem se nesetkala s žádnými negativními reakcemi.



### Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?

Graf č. 1



*Zdroj: vlastní zpracování*

Věk respondentů		
	absolut. četnost (počet respondentů)	relativ. četnost (%)
do 19 let	22	36%
20 až 29 let	30	49%
30 až 39 let	9	13%
40 až 49 let	0	0%
50 až 59 let	1	2%
Celkem	62	100%

*Zdroj: vlastní zpracování*

První otázka dotazníku se týkala věku respondentů, klientů Centra Anabell Praha, kteří trpí určitou poruchou příjmu potravy. Je pozoruhodné, že nejpočetnější skupinu tvoří osoby v dospívajícím věku (adolescenti), jak udává řada publikací o poruchách příjmu potravy a statistická činnost našeho Centra Anabell o klientech, kteří za rok navštíví naši

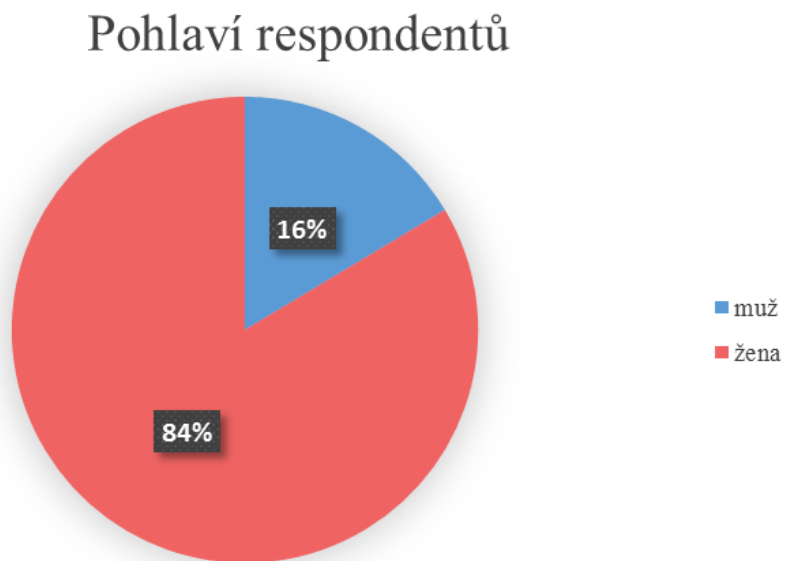
poradnu, ale osoby dospělé. Jednou z dalších skutečností, proč je nejpočetnější skupina trpící poruchou příjmu potravy skupina respondentů dospělých je, že velká část oslovených adolescentních pacientů dotazník nevyplnila nebo již nepoužívá e-mailovou schránku, kterou nám v souhlasu uvedla a že osoby v dospělém věku, klienti Centra Anabell starší 19 let jsou zodpovědnější a pečlivěji kontrolují svoji poštu v e-mailové schránce.

Dotazník potvrdil skutečnost statistických činností Centra Anabell, že pražskou poradnu navštěvují pouze v malé míře osoby starší 39 let. Statistická činnost Centra Anabell každý měsíc zaznamenává počet osob, které poradnu navštívili. Klienti starší 39 let se v poradně objevují dle statistických záznamů poradny maximálně jednou za dva měsíce.

Jinak je tomu u klientů, kteří přijdou řešit situaci své osoby blízké, jež určitou formou poruchy příjmu potravy trpí. Tito klienti jsou ve většině případů staršího věku, věkové rozmezí se pohybuje od 30 až 70 let.

#### **Otázka č. 2: Jste muž nebo žena?**

**Graf č. 2**



*Zdroj: vlastní zpracování*

<b>Pohlaví respondentů</b>		
	<b>absolut. četnost (počet respondentů)</b>	<b>relativ. četnost (%)</b>
<b>žena</b>	52	84%
<b>muž</b>	10	16%
<b>Celkem</b>	62	100%

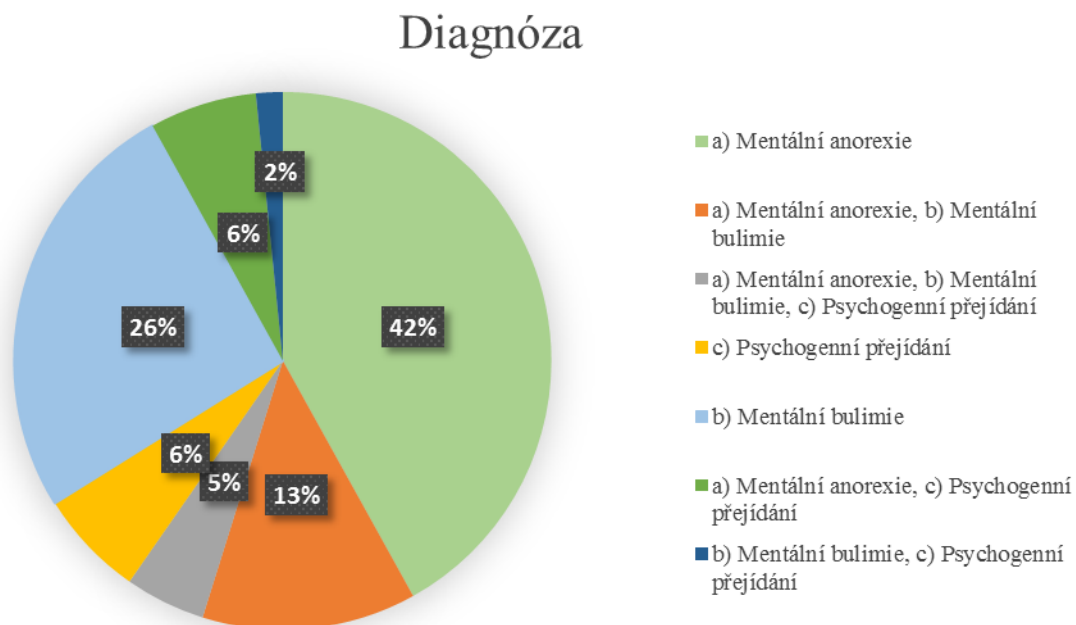
*Zdroj: vlastní zpracování*

Z další otázky dotazníkového šetření, která se týkala pohlaví respondentů vyplynulo, že dotazník vyplnilo více žen než mužů. Žen bylo 84% a mužů pouze 16%. O tom vypovídá i statistická činnost Center Anabell Praha, Brno a Ostrava. Poradny navštěvují ve větším počtu ženy než muži.

Dříve odborníci tvrdili, že poměr žen a mužů u kterých se poruchy příjmu potravy vyskytují, je 10:1. V současné době je výskyt mužů s poruchami příjmu potravy o něco vyšší. Hlavní příčinou tohoto stavu je vliv médií a kult mužnosti, který dnešní společnost zastává. Mnoho chlapců a mužů se touží vyrovnat akčním hrdinům, chce mít velké svaly, a proto svůj jídelníček redukuje pouze na bílkovinou stravu a užívají ve velké míře proteinové doplňky stravy. U těchto pacientů psychiatři nejčastěji diagnostikují poruchu příjmu potravy zvanou jako bigorexie, této poruše příjmu potravy byla věnována podkapitola v první kapitole. U mužů se však ve větší míře vyskytuje také porucha příjmu potravy mentální anorexie, v menší míře pak mentální bulimie.

**Otázka č. 3:** Jakou formu poruchy příjmu potravy se domníváte, že trpíte či jaká forma Vám byla diagnostikována?

**Graf č. 3**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Diagnóza respondentů		
	absolut. četnost (počet respondentů)	relativ. četnost (%)
<b>MA</b>	26	42%
<b>BM</b>	16	26%
<b>MA a MB</b>	8	13%
<b>MA a psych. přejídání</b>	4	6%
<b>Psych. přejídání</b>	4	6%
<b>MA, MB a psych. přejídání</b>	3	5%
<b>MB a psych. přejídání</b>	1	2%
<b>Celkem</b>	62	100%

*Zdroj: vlastní zpracování*

Záměrem otázky číslo 3 bylo zjistit, jakou mají respondenti vyplňující dotazník diagnózu. Respondenti měli na výběr ze tří možností a to: mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání. Dále měli dotazovaní možnost označit více než jednu odpověď a to z důvodu, že mentální anorexie často přechází do mentální bulimie či mentální bulimie se může překrývat s psychogenním přejídáním.

Nejvíce respondentů označilo odpověď, že si myslí, že trpí nebo jim byla psychiatrem diagnostikovaná mentální anorexie (42%). Na druhém místě skončila mentální bulimie (26%). Třetí příčku však neobsadilo psychogenní přejídání, jak by se dalo předpokládat, ale kombinace mentální anorexie a mentální bulimie (13%). V této otázce se potvrzuje skutečnost, že mentální anorexie v souvislosti s typickým odpíráním si určitých potravin (sladké a tučné potraviny) může vést až k tomu, že se pacienti ve stresových situacích často těmito „zakázanými potravinami“ přejídají a MA zde přechází do již zmíněné mentální bulimie.

Psychogenní přejídání společně s kombinací mentální anorexie a psychogenního přejídání skončilo na čtvrté příčce (6%). Jedním z důvodů, kvůli kterému psychogenní přejídání označilo výrazně méně respondentů a neumístilo se tak na třetím místě po mentální bulimii může být, že mnoho pacientů s touto diagnózou nevědí, že se může i v jejich případě jednat o poruchu příjmu potravy. Tito pacienti se většinou přejídají ve stresových situacích, trpí obezitou a navenek často nepůsobí, že by mohli trpět psychickou poruchou. Statistická činnost Centra Anabell Praha, Brno a Ostrava potvrzuje, že poradnu mnoho klientů s psychogenním přejídáním nenavštěvuje.

Centrum Anabell, v již zmíněné činnosti „primárně preventivních programů“ na základních a středních školách, se snaží seznámit s jednotlivými poruchami příjmu potravy nejen dospívající, ale i veřejnost. Z důvodu, aby i zmíněné záchvatovité neboli psychogenní přejídání nebrali lidé na „lehkou váhu“ a řešili je s odborníky.

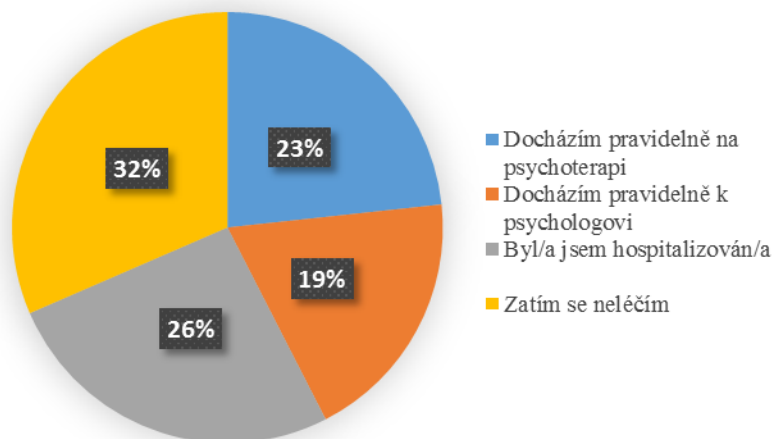
Poslední příčky vyhodnocení třetí otázky obsadily kombinace poruch příjmu potravy: mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenního přejídání (5%) a mentální bulimie a psychogenního přejídání (2%). U první zmíněné kombinace poruchy MA, MB a psychogenního přejídání se může zpravidla jednat o dlouhodobější proces poruchy příjmu potravy. Pacient mohl zpočátku trpět mentální anorexií, která po určité době odpírání si

„zakázaných potravin“ a nadměrného cvičení přešla do mentální bulimie a následně vznikem zdravotních komplikací vzniklých častým zvracením do poruchy psychogenní přejídání. U zmíněného příkladu je viditelné, že i takovou podobu mohou poruchy příjmu potravy mít a pacient proto může vystřídat několik typů poruch příjmu potravy. U pacientů s takto střídajícími se poruchami příjmu potravy se může často vyskytnout i další psychiatry diagnostikovaná porucha příjmu potravy. Může jí být například ortorexie (porucha příjmu potravy zmíněná v samostatné podkapitole první kapitoly), která může v počáteční fázi vypadat „nevinně“, pacient jí pouze zdravé potraviny zakoupené v bio obchodech, ale následně se může vyvinout až v situaci, kdy pacient nejí téměř nic a má strach z neověřeného původu potravin. Ortorexiu odborníci označují také jako typ mentální anorexie.

**Otázka č. 4:** Kde jste se léčil/a nebo léčíte s poruchou příjmu potravy?

**Graf č. 4**

### Kde probíhá/probíhala léčba



*Zdroj: vlastní zpracování*

<b>Léčba respondentů</b>		
	<b>absolut. četnost (počet respondentů)</b>	<b>relativ. četnost (%)</b>
<b>Zatím se neléčím</b>	23	32%
<b>Byl/a jsem hospitalizován/a</b>	19	26%
<b>Docházím pravidelně na psychoterapii</b>	17	23%
<b>Docházím pravidelně k psychologovi</b>	14	19%
*Respondenti mohli vybrat více platných odpovědí a tudíž došlo k určitému zkreslení výsledků		

*Zdroj: vlastní zpracování*

Otázka číslo 4 se týkala léčby poruchy příjmu potravy u jednotlivých respondentů vyplňujících dotazník. Nejvíce osob vyplňujících dotazník uvedlo, že se zatím nikde s poruchou příjmu potravy neléčí (32%). Přisuzuji tomu fakt, že se mohlo jednat o pacienty, kteří absolvovali teprve první sezení v poradně Anabell, kde dostali tento dotazník k vyplnění a také kontakty na odborníky, ke kterým se sami chtějí v následujících dnech objednat a svou poruchu příjmu potravy začít řešit s dalšími odborníky. Dalším důvodem může být i situace, kdy mnoho klientů po návštěvě Centra Anabell dostane kontakty na odborníky a chce svou situaci začít řešit, ale stále k tomu nemá dostatek odvahy, bojí se léčby a v některých případech dochází k často opakujícím se relapsům poruchy příjmu potravy.

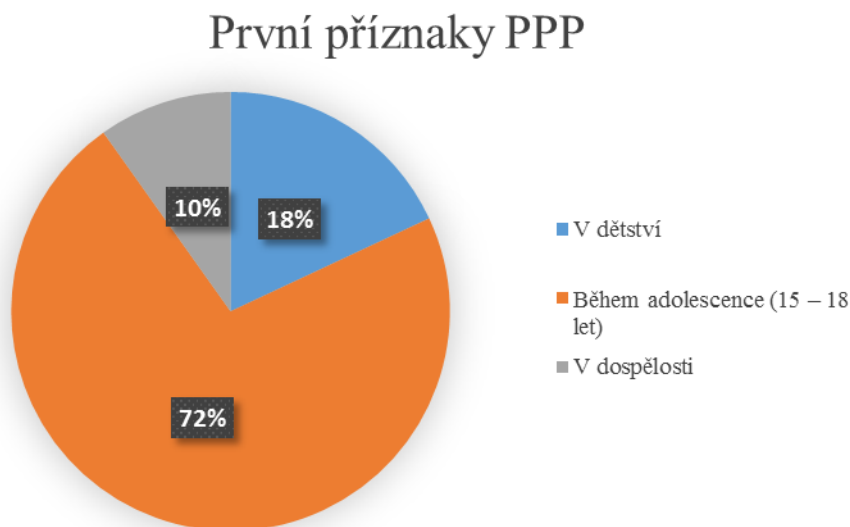
Dalších 26% respondentů uvedlo, že bylo s poruchou příjmu potravy hospitalizováno. S pacienty, kteří podstoupili hospitalizaci, se v současné době v pražské pobočce setkáváme velmi často. Ve většině případů se jedná o pacienty neplnoleté, u kterých porucha příjmu potravy došla do takového stádia, kdy byli jejich rodiče, často silou vůle lékařů nuceni své dítě nechat hospitalizovat. V Praze jsou pacienti s PPP nejčastěji hospitalizováni v nemocnici Motol, která však své dětské psychiatrické oddělení nemá specializované pouze na poruchy příjmu potravy. Pacienti s PPP se zde mohou setkat i s pacienty s jinými psychiatrickými

chorobami (schizofrenie, poruchy osobnosti, deprese a drogová závislost). Na neexistenci specializovaného psychiatrického oddělení pouze na poruchy příjmu potravy si řada pacientů a také jejich rodičů stěžují. Ve většině případů se jejich názory shodují a tvrdí, že se jejich děti trpící poruchou příjmu potravy nesetkávají s adekvátní psychoterapeutickou léčbou.

42% osob vyplňujících dotazník uvedlo, že v současnosti s poruchami příjmu potravy léčí u psychoterapeuta nebo psychologa. Výsledek je překvapující a upozorňuje sociální pracovníky centra Anabell, že téměř 50% klientů, kteří poradnu navštívilo a dotazník vyplnilo, si vzalo rady a doporučení, která ze společné schůzky vzešla osobně, a začalo na své léčbě náležitě pracovat pravidelnými návštěvami psychoterapie.

**Otázka č. 5:** Kdy se u Vás objevily první příznaky poruchy příjmu potravy?

**Graf č. 5**



*Zdroj: vlastní zpracování*



<b>První příznaky PPP u respondentů</b>		
	<b>absolut. četnost (počet respondentů)</b>	<b>relativ. četnost (%)</b>
<b>V dětství</b>	11	18%
<b>Během adolescence (15 – 18 let)</b>	45	72%
<b>V dospělosti</b>	6	10%
<b>Celkem</b>	62	100%

*Zdroj: vlastní zpracování*

Další otázka byla zaměřena na oblast prvního výskytu příznaků poruch příjmu potravy. Bylo zkoumáno, jestli se porucha příjmu potravy u jednotlivců začala rozvíjet již v raném dětství, během adolescence či až během dospělosti.

V této otázce se potvrdil „učebnicový příklad“ toho, že poruchy příjmu potravy se nejčastěji vyskytují u osob v době dospívání (72%). Dotazník vyplnilo více žen než mužů a lze proto usuzovat, že váhu a zkoumání vlastního těla řeší během období dospívání více dívky než chlapci. Tuto skutečnost nám také potvrzují statistiky Centra Anabell Praha, které uvádějí častou návštěvnost poradny právě u dospívajících dívek ve věku 15-18 let. V posledním roce je zaznamenán i větší nárůst chlapců v dospívajícím věku, kteří svůj vzhled, váhu a to, jak se ostatním spolužákům či kamarádům líbí, řeší.

Dalších 18% respondentů uvedlo, že se u nich první příznaky poruch příjmu potravy vyskytly již v dětství. I poradna Anabell má záznamy o klientech s poruchou příjmu potravy v raném věku. V současné době za jistý posun kupředu a častější výskyt MA nebo MB u osob v raném dětství může zcela jistě vliv médií a nastavený kult ideální postavy, který dnešní společnost zastává.

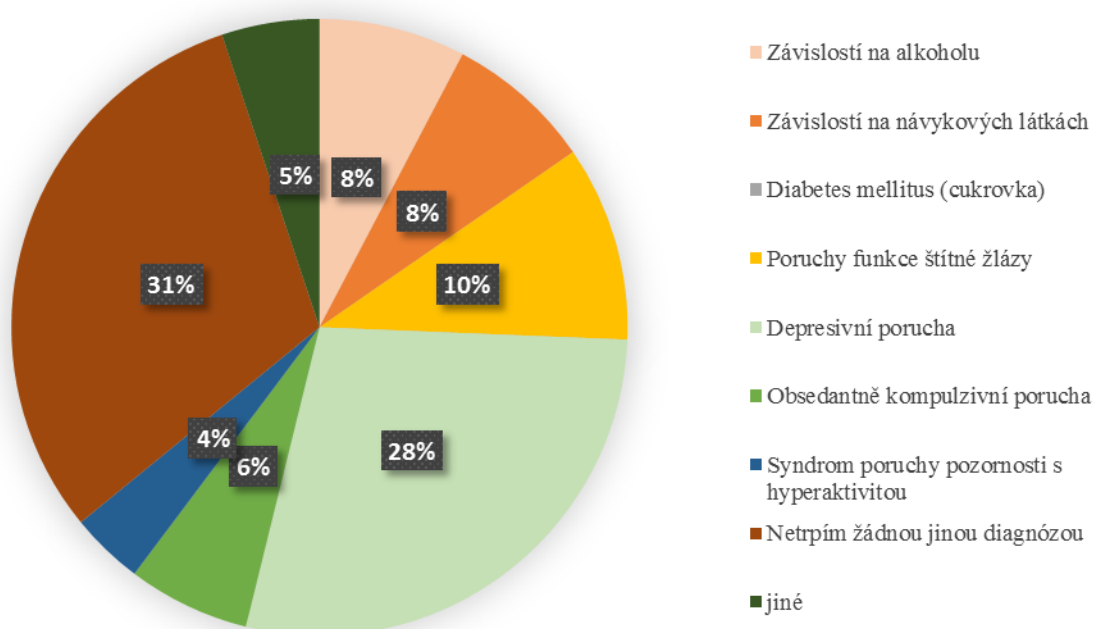
Pouze 10% z 62 respondentů uvedlo, že se u nich poruchy příjmu potravy objevily až v dospělosti. I poradna Centra Anabell zaznamenávají v současné době vyšší výskyt prvních příznaků poruch příjmu potravy u osob v dospělosti. Opět za to může vliv médií a kult ideální postavy, který v poslední době česká společnost upřednostňuje. Dospělí klienti s poruchou

příjmu potravy, kteří Centrum Anabell navštívili, nám jako svůj důvod, proč začali hubnout a redukovat jídelníček uvedli, že je k tomu přiměřlo převážně stresové zaměstnání, nátlak zaměstnavatele na vzhled zaměstnanců či také tlak partnera na postavu osoby s poruchou příjmu potravy.

**Otázka č. 6:** Trpíte i jiným onemocněním, poruchou nebo závislostním chováním?

**Graf č. 6**

### Jiné přidružené onemocnění nebo porucha k PPP



*Zdroj: vlastní zpracování*

<b>Přidružené onemocnění nebo porucha k PPP respondenta</b>		
	<b>absolut. četnost (počet respondentů)</b>	<b>relativ. četnost (%)</b>
<b>Netrpím žádnou jinou diagnózou</b>	24	31%
<b>Depresivní porucha</b>	22	28%
<b>Porucha funkce štítné žlázy</b>	8	10%
<b>Závislostí na návyk. látkách</b>	6	8%
<b>Závislostí na alkoholu</b>	6	8%
<b>Obsedantně kompulzivní porucha</b>	5	6%
<b>Jiné</b>	4	5%
<b>Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou</b>	3	4%
<b>Diabetes mellitus (cukrovka)</b>	0	0%
*Respondenti mohli vybrat více platných odpovědí a tudíž došlo k určitému zkreslení výsledků		

*Zdroj: vlastní zpracování*

Šestá otázka dotazníkového šetření již byla zaměřena na to, jestli pacienti s poruchou příjmu potravy, trpí i jinou poruchou nebo jim bylo diagnostikováno další přidružené onemocnění.

Nejvíce respondentů (31%) uvedlo, že netrpí žádnou další přidruženou poruchou, onemocněním nebo formou závislosti. Je možné, že za to může skutečnost, že tito pacienti u sebe žádnou jinou poruchu nevypozorovali. Porucha může být prozatím skryta a s žádným odborníkem ji zatím nekonzultovali, a proto jim nemohla být diagnostikována. Řada pacientů s PPP se stydí mluvit o dalších diagnózách, které k poruchám příjmu potravy mají přidružené. Pacienti by rádi nejdříve vyřešili důvody, proč mají z určitého jídla strach. Dále chtějí zamezit

redukování svého jídelníčku pouze na nízkokalorické potraviny a až poté chtějí řešit to, že jídelníček redukuje z důvodu, aby si mohli ve večerních hodinách dopřát například alkoholický nápoj. Bojí se, že následně „přiberou“ a alkohol jim pomůže zapomenout na stres, který mají v zaměstnání.

Poměrně velké procento respondentů (28%) uvedlo, že k poruše příjmu potravy má přidruženou depresivní poruchu. Depresivní porucha je často v komorbiditě s poruchou příjmu potravy. Také statistické údaje Centra Anabell udávají, že klienti přicházející řešit situaci ohledně poruch příjmu potravy se často sociálním pracovníkům svěřují, že trpí depresemi nebo jim byla psychiatrem depresivní porucha v minulosti diagnostikována.

Další údaj získaný z grafu udává, že 10% respondentů má poruchu funkce štítné žlázy. Tato porucha je opět způsobena špatnými stravovacími návyky pacientů a redukcí určitých potravin.

16% respondentů (12 osob) se v dotazníku svěřilo, že trpí určitou závislostí, buď na alkoholu, nebo na návykových látkách. Poruchy příjmu potravy jsou v časté komorbiditě s jednou ze závislostí. Jak bylo již zmíněno v předchozích podkapitolách, které se závislostmi a PPP zabývaly, tak pacienti trpící například MA redukuje často svůj jídelníček proto, aby si mohli dopřát určitý alkoholický nápoj. Pacienti vědí, že alkohol obsahuje velké množství cukru, proto je redukce denního jídelníčku nezbytná. Tito pacienti se často stávají na alkoholu závislí. Podobně je tomu u osob užívajících návykové látky. Sami pacienti se v centru Anabell svěřují, že po užití drogy odezněla chuť na jídlo a nutkavé myšlenky přejít se. Jakmile užili drogu, měli hlad zcela pod kontrolou.

6% respondentů odpovědělo, že trpí společně s jednou z poruch příjmu potravy i obsedantně kompulzivní poruchou, která je opět u PPP často vázajícím se onemocněním. 4% dotazovaných uvedlo jako další diagnostikovanou poruchu k PPP poruchu pozornosti s hyperaktivitou.

Nikdo z respondentů neuvedl, že trpí diabetem, který je v literatuře u poruch příjmu potravy často zmiňován a může se u pacientů rozvinout. Někteří klienti se v poradně Centra Anabell svěřili, že diabetem trpí, ale mají vše pod kontrolou a jsou pod dohledem lékařů. Odborníci zabývající se souvislostí PPP a diabetu hovoří o již zmíněné „dibulimii“. Tento pojem není oficiální diagnózou, ale lékaři jím výstižně označují stav, kdy pacienti záměrně

vynechávají či redukuje své dávky inzulínu, za účelem redukce hmotnosti pomocí glykosurie. Toto chování je patologické a organismus velmi poškozuje. V mnoha případech může vést k závažným zdravotním problémům.

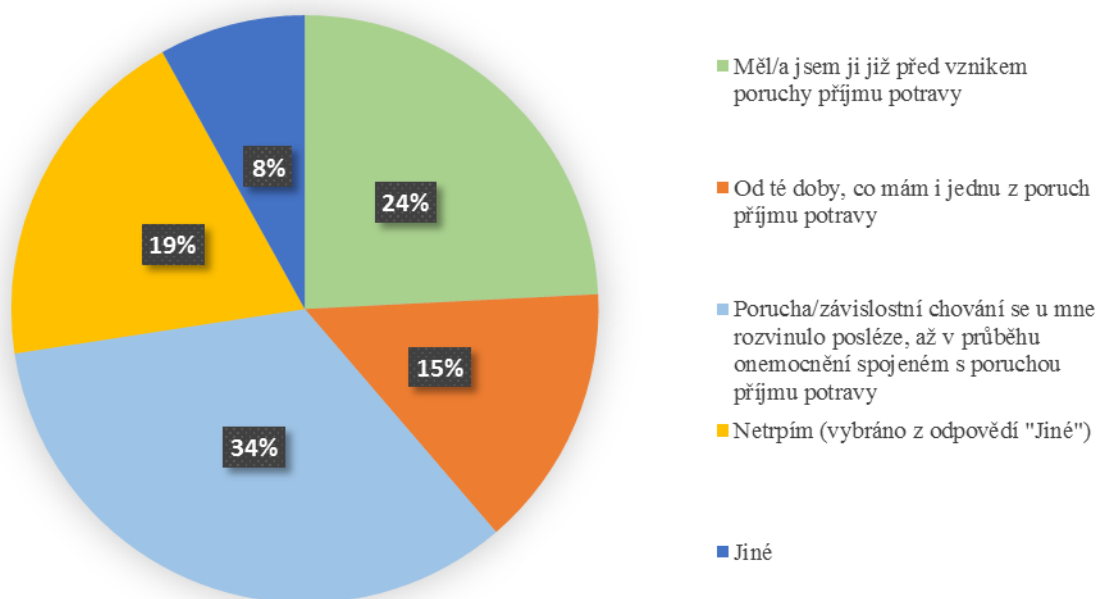
Zbýlých 5% respondentů uvedlo odpověď „jiné“ do níž zahrnuli převážně gastroenterologické komplikace, které k poruchám příjmu potravy mají přidružené.

Tato otázka skutečně potvrdila, že poruchy příjmu potravy jsou psychiatrickým onemocněním. Poukazuje na to také častý výskyt depresivní poruchy a jiných psychických onemocnění u pacientů s MA, MB či záchvatovitým přejídáním.

**Otázka č. 7:** Od jaké doby kdy trpíte dalším onemocněním, poruchou nebo formou závislostního chování?

**Graf č. 7**

### Od kdy trpíte další poruchou, onemocněním nebo závislostí?



*Zdroj: vlastní zpracování*

<b>Od kdy trpí respondent přidruženou poruchou, onemocněním nebo závislostí</b>		
	<b>absolut. četnost (počet respondentů)</b>	<b>relativ. četnost (%)</b>
<b>Porucha/závislostní chování rozvinuto v průběhu onemocnění PPP</b>	21	34%
<b>Rozvinuto před vznikem PPP</b>	15	24%
<b>Netrpí (vybráno z odpovědí „jiné“)</b>	12	19%
<b>Od doby, kdy má PPP</b>	9	15%
<b>Jiné (respondent neodpověděl)</b>	5	8%
<b>Celkem</b>	62	100%

*Zdroj: vlastní zpracování*

Respondenti v sedmé otázce odpovídali na to, od jaké doby trpí dalším onemocněním, jinou poruchou nebo formou závislosti.

Nejvíce dotázaných (34%) uvedlo, že další porucha, onemocnění či forma závislostního chování se u nich rozvinula až v průběhu onemocnění poruchy příjmu potravy. Z toho vyplývá, že před samotným stanovením diagnózy psychiatrem jakou z forem poruch příjmu potravy trpí, byli naprosto zdraví a na žádné jiné negativní symptomy další poruchy či onemocnění si nestěžovali a svého lékaře na nic neupozornili. V této souvislosti můžeme pozorovat velmi zajímavý jev, který je pro poruchy příjmu potravy typický a tím je skutečnost, že samotná porucha příjmu potravy, MA, MB nebo psychogenní přejídání, se může v průběhu svého ataku u pacientů rozvinout i v jiné onemocnění, poruchu či závislostní chování. Strach a nepříjemné i nutkavé myšlenky na jídlo se mohou rozvinout v obsedantně kompulzivní poruchu či depresivní poruchu. Sebeobviňování se, že jsem situaci opět nezvládl a přejedl

jsem se, mohou rozvinout formu závislosti na alkoholu či návykových látkách. Tyto látky, které jsou pro tělo škodlivé, mohou myšlenky na jídlo a neustálé výčitky svědomí na určitou dobu utlumit.

Další část respondentů (24%) uvedla, že jiným onemocněním, poruchou či formou závislostního chování trpěla již před vznikem poruch příjmu potravy. Jiné onemocnění, porucha nebo forma závislosti mohly být spouštěčem jedné z poruch příjmu potravy a svými negativními dopady na klienta MA, MB nebo záchvatovitého přejídání mohly být hlavní příčinou jejího vzniku. V poradně Anabell se sociální pracovníci u svých klientů často setkávají se skutečností, že v době před vznikem PPP, kdy trpěli depresivní poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou nebo jednou ze závislostí, bylo jídlo častým východiskem a nalézali v něm uklidnění a tišili jím své „splíny“.

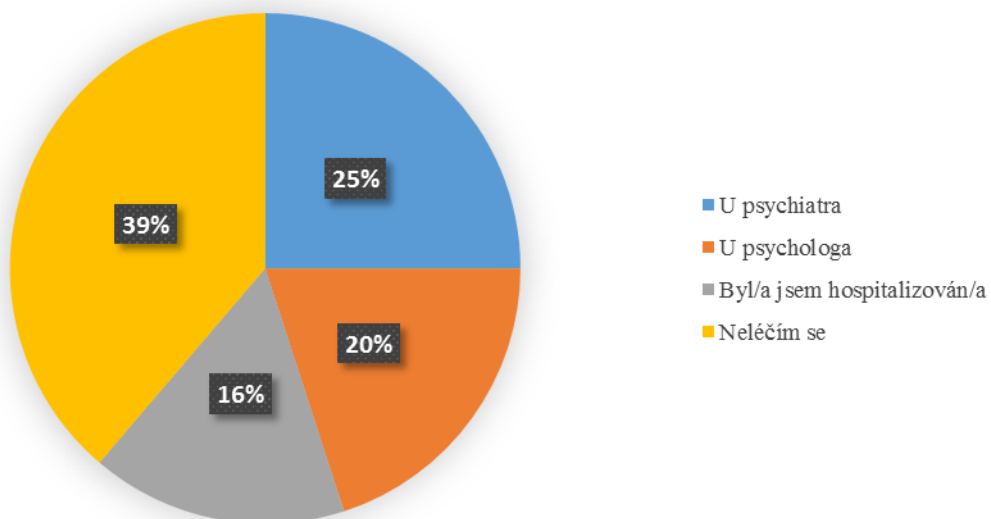
15% osob vyplňujících dotazník uvedlo, že jiné onemocnění, porucha či závislost u nich propukla v tu samou chvíli, kdy jim byla diagnostikována jedna z poruch příjmu potravy. Tato skutečnost je velmi častá a potvrzují ji sami klienti Centra Anabell.

19% respondentů uvedlo, že netrpí žádnou další poruchou, onemocněním či závislostí, která by měla být komorbidní k poruchám příjmu potravy. Zbylá část (8%) odpovědí ze sekce možnosti „jiné“ se rozhodla svoji odpověď nesdělít, protože nebyla povinná a sama jsem se domnívala, že někteří respondenti si nebudou jisti, kdy u nich jiná porucha mohla propuknout a pokud vůbec propukla.

**Otázka č. 8:** Kde jste se léčil/a s touto poruchou nebo závislostí?

**Graf č. 8**

Kde probíhá/la léčba přidružené poruchy,  
onemocnění nebo závislosti



*Zdroj: vlastní zpracování*

Kde probíhá léčba přidružené poruchy, onemocnění nebo závislosti respondenta		
	absolut. četnost (počet respondentů)	relativ. četnost (%)
Neléčím se	31	39%
U psychiatra	20	25%
U psychologa	16	20%
Byl/a jsem hospitalizován/a	13	16%
*Respondenti mohli vybrat více platných odpovědí a tudíž došlo k určitému zkreslení výsledků		

*Zdroj: vlastní zpracování*



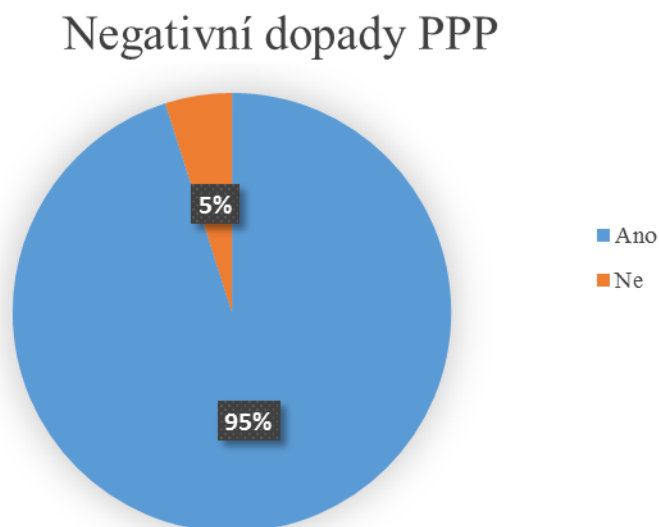
V osmé otázce jsem se respondentů tázala, kde léčba přidružené poruchy, onemocnění nebo závislostního chování k poruchám příjmu potravy probíhala. Nejvíce respondentů (39%) uvedlo, že se s přidruženou poruchou k poruše příjmu potravy doposud neléčí. Může to být z důvodu, že porucha, onemocnění či forma závislosti u nich není zatím tak rozvinutá, aby ji brali dostatečně na vědomí a obtěžovala je v běžném životě. Často se stává, že se klienti Centra Anabell bojí svému psychiatrovi, psychologovi nebo jinému lékaři svěřit, že mají ještě jiné obtíže (hematologické, gastrointestinální, dermatologické, kosterní a jiné komplikace) než ty, které se týkají poruchy příjmu potravy. Necháávají poté komorbidní poruchu či onemocnění dojít do stádia, kdy je jejich symptomy velmi ohrožují a klienti často končí na jednotkách intenzivní péče kvůli selhání různých orgánů nebo organismu celkově.

Další část oslovených (25% a 20%) uvedla, že se s přidruženou poruchou, onemocněním či formou závislosti léčí u psychologa nebo psychoterapeuta. Pokud klient v Centru Anabell sdělí, jakou přidruženou diagnózou k poruše příjmu potravy trpí, je následně sociálním pracovníkem odkázán na další odborníky. Klient může dostat kontakt v první řadě na psychiatry, psychology a nutriční terapeuty, dále také na krizová centra, gastroenterology, gynekology a jiné odborníky, kteří se zaměří na léčbu přidružené poruchy k poruše příjmu potravy.

Zbýlých 16% respondentů uvedlo, že bylo v minulosti hospitalizováno. U těchto odpovědí se může jednat o hospitalizaci respondentů, která byla společná pro jejich diagnózu poruchy příjmu potravy a jinou přidruženou poruchu. Klienti, kteří netrpí současně s poruchou příjmu potravy jinou psychiatrickou poruchou, ale například diabetem, mohli podstoupit hospitalizaci z důvodu zhoršení diabetických obtíží nebo jiného zhoršení symptomů u další poruchy či onemocnění, kterým trpí.

**Otázka č. 9:** Mají poruchy příjmu potravy negativní dopady na váš život?

**Graf č. 9**



*Zdroj: vlastní zpracování*

Negativní dopady PPP na život respondenta		
	absolut. četnost (počet respondentů)	relativ. četnost (%)
Ano	59	95%
Ne	3	5%
Celkem	62	100%

*Zdroj: vlastní zpracování*

Následující otázka byla zaměřena na negativní dopady poruch příjmu potravy na život respondentů, zda je mají a vnímají či nikoliv a jestli je například v rodinném soužití, ve škole či v pracovním prostředí nijak záporně neovlivňují.

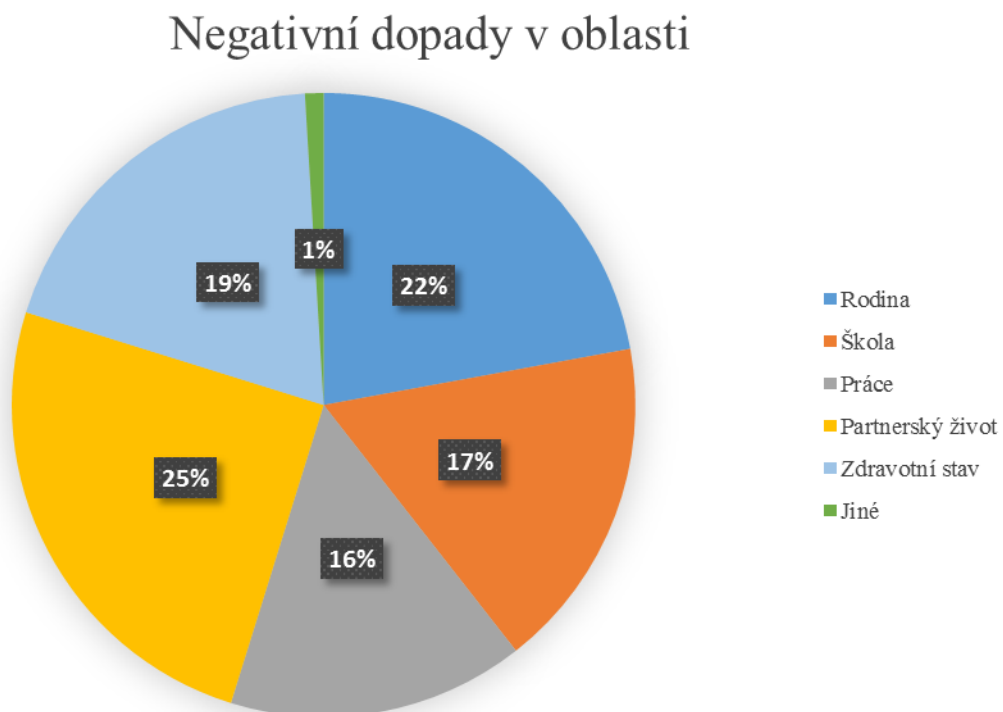
Naprostá většina (95%) respondentů uvedla, že poruchy příjmu potravy mají dopady na jejich životy. Potvrzují to rovněž výstupy ze sezení z poradny Anabell, které dokazují, že poruchy příjmu potravy mají negativní dopady na životy klientů.

Pouze malé množství dotazovaných (5%) uvedlo, že diagnostikovaná porucha příjmu potravy nemá negativní dopady na jejich život. U těchto pacientů se mohlo jednat o stav, kdy

jsou v začátku léčby či poruchu příjmu potravy odhalili brzy, a tudíž je nemohla ještě tak negativně ovlivnit. Mohlo se také jednat o klienty, kteří si po návštěvě poradny Anabell svou poruchu stále neuvědomují, tudíž žádné negativní dopady na svůj život neshledávají a vidí je například pouze jejich okolí (rodina, partner, přátelé).

**Otázka č. 10:** Negativní dopady shledáváte v jaké oblasti?

**Graf č. 10**



*Zdroj: vlastní zpracování*

<b>Negativní dopady na život respondenta jsou v oblasti</b>		
	<b>absolut. četnost (počet respondentů)</b>	<b>relativ. četnost (%)</b>
<b>Partnerský život</b>	26	25%
<b>Rodina</b>	23	22%
<b>Zdravotní stav</b>	20	19%
<b>Škola</b>	18	17%
<b>Práce</b>	16	16%
<b>Jiné</b>	1	1%
*Respondenti mohli vybrat více platných odpovědí a tudíž došlo k určitému zkreslení výsledků		

*Zdroj: vlastní zpracování*

Jak bylo již zmíněno v předchozí otázce, poruchy příjmu potravy obecně určitým způsobem negativně ovlivňují životy všech osob s touto diagnózou. Desátá otázka byla zaměřena na oblasti, ve které jsou negativní dopady poruchy nejčastější. Velké množství respondentů (25% a 22%) uvedlo, že zásadní negativní dopad má porucha příjmu potravy na jejich partnerský a rodinný život. Mnoho klientů v poradně popisuje partnerské a rodinné problémy častými hádkami s partnerem či manželem, výhružkami, rozpadem vztahu, někdy také odebráním dítěte z péče rodiče trpícího poruchou příjmu potravy z důvodu neschopnosti se postarat o správný vývoj dítěte.

19% respondentů uvedlo, že hlavní dopad poruch příjmu potravy je na jejich zdraví. U těchto klientů se vznikem poruchy příjmu potravy často rozvine minimálně jedna či více dalších poruch nebo onemocnění, a pokud ji nezačnou včas řešit, mohou jim zdravotní komplikace přetrvat až do stáří.

Poruchy příjmu potravy nezpůsobují negativní dopady pouze v oblasti zdraví klientů a partnerského či rodinného soužití, ale také v prostředí práce či školy. Zmíněné oblasti uvedla další nemalá část (17% škola, 16% práce) dotazovaných respondentů. Klienti v poradnách

uvádějí, že v začátku poruchy ve společnosti (škola, práce) velmi vynikají. Kolegové je chválí za jejich práci a přátelé je obdivují za to, jak dobře vypadají a to klientům velmi líbí.

V poradně často říkají, že se jednalo o jejich první okamžiky slávy v životě. Postupem času však klienti ztrácí společná témata s kolegy v práci nebo spolužáky ve škole a jejich blízké okolí se o ně začíná bát. Ptají se na jejich váhu, která jim již nepřijde tak „skvělá“ jako na začátku a o zdravotní stav svých blízkých se spíše strachují. Pacienti se proto začínají více stranit společenských akcích, ve škole jsou tišší a v práci už nezvládají tolik, co bylo v začátcích onemocnění běžné.

Nejméně respondentů (1%) uvedlo jako odpověď „jiné“. Tito respondenti svou odpověď ale dále nespecifikovali, proto předpokládám, že pouze na danou otázku nechtěli odpovídat.

**Otázka č. 11:** Popište prosím stručně, jaké.

Poslední otázka je jediná otevřená, respondenti proto mohli, ale nemuseli, odpovědět vlastními slovy o jaké negativní dopady poruch příjmu potravy se v jejich případě konkrétně jedná a mohli je stručně popsat. Níže uvádím nejčastěji se opakující odpovědi:

*„Stráním se lidí, mám špatný pocit z kontaktu s cizími lidmi, vyhýbám se stravování na veřejnosti. Jsem často unavená a náladová. Trpím depresemi a stavy úzkosti.“*

*„Velký nezájem o společnost, lhaní a uzavírání se do vlastního nitra., černobílé vidění, náladovost a nedostatek sebedůvěry vedou k sebevražedným myšlenkám.“*

*„Častá únava, oslabená imunita, snížená psychická odolnost.“*

*„Nedostatkem vitamínů a minerálů mi začaly vypadávat vlasy, mám sníženou funkci štítné žlázy, začala jsem mít žlučnickové kameny a trávicí potíže. Často jsem byla náladová, trpěla depresemi a extrémním sebeobviňováním. To vedlo k častému sebepoškozování a myšlenkám na sebevraždu.“*

*„Nervozita, špatná nálada, nemohla jsem se soustředit a tím pádem se učit. Nevydržela jsem běžnou denní rutinu, kterou v práci potřebuji. Nechtěla jsem žádného partnera, radši jsem byla sama se svými myšlenkami na jídlo. Bylo mi stále zle od žaludku, slabo a zima.“*

*„Neschopnost začlenit se do kolektivu a užívat si radosti z dobrého jídla a pití. Nebyla jsem vůbec flexibilní a stále jsem lpěla na předem naplánovaných sportovních činnostech například: neexistovalo pro mě vyměnit hodinu běhání nebo cvičení v posilovně za posezení s kamarádkou u vína. Byla jsem fyzicky vyčerpaná hlavně z toho, že musím svou poruchu stále před někým tajit a tvářit se, že se nic neděje. Byla jsem často ve stresu, unavená a vyčerpaná.“*

Nejčastěji se u respondentů opakovaly odpovědi týkající se zdraví, kvůli poruchám příjmu potravy měli oslabenou imunitu, trávicí obtíže, dermatologické komplikace a jiné zdravotní obtíže. Další opakující se odpovědi se týkaly partnerského, rodinného nebo jiného společenského soužití. Mezi další důvody patřily zejména psychické stavy způsobené PPP, mezi které patří časté deprese, úzkosti, sebepoškozování a myšlenky na sebevraždu.

## **5.6 Vyhodnocení hypotéz**

**Hypotéza č. 1:** Nadpoloviční většinu respondentů (pacientů s PPP) dotazníkového šetření, kteří navštívili Centrum Anabell, budou tvořit ženy.

Podle výsledků z Grafu č. 1 je patrné, že se hypotéza č. 1 potvrdila. Z celkového počtu 62 respondentů z nich pouze 10 uvedlo, že jsou muži, zbývajících 52 respondentů tvoří ženy. Jak bylo již uvedeno pod otázkou číslo 2 týkající se pohlaví respondentů, poruchy příjmu potravy obecně postihují ve větší míře ženy než muže. Statistické údaje z předchozích let udávají, že poměr mužů a žen, trpících PPP je 1:10. V současné době je podíl jistě vyšší, ženy jsou ale stále na prvním místě žebříčku v četnosti onemocnění poruchami příjmu potravy.

**Hypotéza č. 2:** Mezi pacienty s PPP, kteří navštívili Centrum Anabell, bude většina těch, kteří se s touto diagnózou zatím nikde neléčí nebo neléčili.

Hypotéza, jestli se pacienti, kteří vyplnili dotazník a navštívili poprvé Centrum Anabell ještě nikde s PPP neléčili nebo neléčí, se na základě dotazníkového šetření potvrdila. Z výsledků průzkumu vyplývá, že z 62 respondentů se doposud do léčby nezapojilo 33% klientů, konkrétně se jedná o 23 osob s poruchou příjmu potravy.

**Hypotéza č. 3:** Převážná většina pacientů s poruchou příjmu potravy, která přijde na konzultaci do poradny Anabell, má k poruchám příjmu potravy i jinou přidruženou poruchu (psychickou či somatickou).

Výše uvedená hypotéza se opět potvrdila. 31% respondentů (24 osob) uvedlo, že netrpí žádnou jinou přidruženou diagnózou. 28% (22 osob) ale uvedlo, že trpí depresivní poruchou, 10% (8 osob), že se u nich vyskytla porucha funkce štítné žlázy, 16% (12 osob) se přiznalo, že trpí jednou ze závislostí na alkoholu nebo návykových látkách, 6% (5 osob) sdělilo, že trpí společně s PPP obsedantně kompulzivní poruchou a zbylá 4% (3 osoby) uvedla, že trpí syndromem poruchy pozornosti a hyperaktivitou. Z toho vyplývá, že se hypotéza č. 3 skutečně potvrdila. V dotazníku jsem se také tázala, zda klienti trpí diabetem. Nikdo z 62 oslovených respondentů tuto odpověď neuvedl, i když literatura a lékaři zmiňují častou komorbiditu PPP s diabetem, převážně 1. typu.

**Hypotéza č. 4:** Druhá přidružená porucha (psychická či somatická) se u pacientů vyskytla až v průběhu poruch příjmu potravy.

Čtvrtá hypotéza, která se týkala výskytu přidružené diagnózy v průběhu poruch příjmu potravy, se opět potvrdila. 34% (21 osob) respondentů uvedlo, že přidružená porucha onemocnění nebo závislostní chování se u nich skutečně vyskytlo až v průběhu onemocnění poruch příjmu potravy. Druhou možnost odpovědi zvolilo 24% (15 osob) dotazovaných, kteří

uvedli, že přidruženou diagnózou trpěli již před vznikem PPP. Obě odpovědi tak od sebe dělí pouze 10%.

**Hypotéza č. 5:** Poruchy příjmu potravy mají u řady pacientů negativní dopady na jejich život.

Pátá hypotéza se rovněž potvrdila. Tato hypotéza se týkala negativních dopadů poruch příjmu potravy na životy osob s touto diagnózou. 95% (58 osob) uvedlo, že PPP mají negativní dopady na jejich životy. Pouhých 5% (3 osoby) v dotazníku sdělilo, že PPP negativní dopady na jejich životy nemají. Negativní dopady se nejčastěji týkaly oblasti partnerského či rodinného vztahu, dále pak zdravotního stavu či sociálního stavu.



## **6 Kazuistika**

Do své diplomové práce jsem zařadila spolu s dotazníkovým šetřením také kazuistiku klienta, se kterým jsem se setkala v rámci své práce jako sociální pracovníce v Centru Anabell Praha. Uvedená kazuistika je pozoruhodná tím, že představuje životní příběh muže, který trpěl PPP a dalšími přidruženými diagnózami a vyvrací tak fakt, že poruchy příjmu potravy se týkají pouze žen. Kazuistice předcházelo několik osobních a telefonických setkání se zmíněným klientem. Kazuistika je anonymní a veškerá použitá jména v ní jsou smyšlená.

### **6.1 Kazuistika – Michael 28 let**

Michael trpí poruchami příjmu potravy od svých devatenácti let. První situací, při níž začal přemýšlet o své postavě, bylo období během dospívání. V této době se mu spolužáci na základní škole začali posmívat, protože byl lehce „při těle“. V posledních dvou letech se Michaelovi k poruchám příjmu potravy přidala duální diagnóza, a tou je závislost na alkoholu. Michael se nyní (říjen 2015) s PPP léčí, dochází na pravidelné psychoterapie a svůj jídelníček probírá s nutričním terapeutem.

#### **Rodinná anamnéza**

Michael se narodil na jaře roku 1987 jako prvorozený syn. Michaelova matka, vyučená prodavačka, si až po prvním těhotenství dodělala dálkově maturitu. Otec, vyučený truhlář má vlastní firmu pro výrobu nábytku.

Michael vyrůstal v úplné rodině v Hradci Králové. Po čtyřech letech od Michaelova narození se rodičům narodil další syn. Celá rodina se poté přestěhovala do menšího města, v němž žijí i Michaelovi prarodiče. Rodiče si zde našli novou práci a oba bratři zde začali navštěvovat mateřskou i základní školu. Období docházky do mateřské školy a prvního stupně základní školy popisuje Michael velmi pozitivně. S rodiči jezdil každé prázdniny na letní dovolenou, další část léta trávil u babičky na malé vesnici a také se účastnil letních táborů, jež pořádalo město, kde žil.

Matka si v době Michaela nástupu na druhý stupeň základní školy našla novou práci a domů se vracela v pozdních večerních hodinách. O Michaela a jeho mladšího bratra se proto většinu času staral jejich otec. Michael popisuje vztah k otci kladně, podotýká však, že ho během dětství a dospívání nebral jako autoritu. Michaelovi vadilo, že se otec často řídil pouze pokyny, jež mu dala matka, a neměl svůj vlastní názor.

Nástup na druhý stupeň základní školy nebyl pro Michaela lehkým obdobím, začal mít studijní i kázeňské problémy a od rodičů se mu nedostávalo téměř žádné podpory. Ve škole se Michaelovi začali spolužáci posmívat kvůli váze. Michael proto poprvé přemýšlel o svém těle a začal si sám sobě připadat neatraktivní. Otce stále nepovažoval za autoritu a matka začala s přísným dodržováním diet, a bývala často podrážděná, unavená a ve stresu. Matka pracovala v bance ve městě, v němž celá rodina žila. Michael vypráví, že v matčině zaměstnání bylo nepsaným pravidlem, aby každá zaměstnankyně nebo asistentka vypadala dobře. Michaelova matka si slovní spojení „dobře vypadat“ přirovnávala pouze k tomu být štíhlá, stejně jako její kolegyně. Denně pila pouze ovocné šťávy a užívala různé doplňky stravy, jež podporují hubnutí. Michael přiznává, že matka denně večer vařila, ale nikdy s celou rodinou nestolovala. Pila jen ovocné a zeleninové šťávy a to většinou v ústraní, aby ji nikdo neviděl.

Michael po absolvování základní školy nastoupil na střední odborné učiliště, obor elektrikář. Po zdárném ukončení oboru učňovskými zkouškami se Michael rozhodl, že si dodělá dálkově maturitu. Našel si práci a stále bydlel v domě s rodiči. V této době se Michael dostal na svoji „vysněnou“ váhu a poprvé se cítil uznávaným ve společnosti. Střední školu nedokončil, „moc peněz“ byla pro Michaela silnější. Rodiče ho v době bilancování mezi školou a zaměstnáním téměř nepodporovali. O ukončení školy se radil se svým dědečkem, s nímž měl nejbližší vztah.

### **Osobní anamnéza**

Jak bylo již zmíněno v rodinné anamnéze, Michael se narodil jako prvorozený syn a své předškolní období hodnotí jako nejkrásnější. S rodiči vycházel poměrně dobře, jejich vztah se začal měnit až Michaelovým nástupem na druhý stupeň základní školy. O Michaela a jeho mladšího bratra se většinu volného času staral otec, matka pracovala do pozdních večerních hodin a na syny neměla téměř žádný čas. Svoji nepřítomnost vynahrazovala synům o letních

prázdninách, při kterých s celou rodinou cestovala k moři nebo za svou matkou na vesnici. Michael se nikdy matce nesvěřoval, připadala mu často podrážděná a ve stresu. Jak bylo již popsáno v rodinné anamnéze, Michaelova matka držela přísné diety, a to vše kvůli psychicky náročnému zaměstnání.

Michaelův nástup na druhý stupeň nepřinesl pouze studijní a kázeňské problémy, Michael se začal stále více uzavírat do sebe a přestal se účastnit skupinových aktivit, jež jeho třída pořádala. Spolužáci se mu začali posmívat kvůli váze, mnohokrát se stal obětí šikany a pomluv. Michael toto období považuje za velmi náročné, protože neměl podporu přátel ani vlastní rodiny.

Po absolvování středního odborného učiliště a dvou ročníků na střední škole, v níž si chtěl dodělat dálkově maturitu, se rozhodl, že školu nedokončí. Stála před ním vidina peněz, jež mu práce, zedníka přinášela. Práce byla velmi fyzicky, i časově náročná. Michael byl denně v pohybu a dokázal ze svých původních 110 kg k výšce 185 centimetrů zhubnout na 80 kg. V této době se začal cítit velmi dobře, ve společnosti se stal uznávaným a přátelé ho začali vnímat jinak než dříve. Michaelovi se tento stav natolik zalíbil, že po práci začal cvičit i doma a přešel na zdravou výživu. V této době začal žít i více „požitkářsky“, vynahrazoval si léta bez přátel oslavami a víkendovými setkáváními s přáteli. Začal také experimentovat s lehkými drogami a alkoholem. Na postavě a vzhledu Michaelovi hodně záleželo, proto se často stávalo, že celý den v práci nejedl. Po práci poté cvičil i několik hodin v posilovně a večer si s přáteli dal několik alkoholických nápojů. Pokud Michael jedl, tak zásadně zdravá jídla, počítal si kalorie a pečlivě pročítal etikety u výrobků. Báł se následků a toho, co se může stát, pokud sní něco nezdravého nebo tučného. Michael si uvědomoval, že v alkoholu je velké množství cukru, a může si jej dopřát pouze večer a přes den už proto žádné jídlo jíst nesmí. O diagnóze známé pod názvem drunkorexie, jež se vyznačuje redukováním příjmu potravy s cílem snížit přísun kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu, Michael zatím nic nevěděl.

Po období oslav, koncertů a jiných společenských akcí, jež pořádal se svými přáteli, si našel přítelkyni Martinu. Michael popisuje, že se jednalo i jeho nejdelší vztah a vše se zdálo být zpočátku krásné. S přítelkyní trávil mnoho času v přírodě, společně sportovali a užívali si jeden druhého. Martina byla velmi dobrá kuchařka a s Michaelem si společně začali každý den vařit a stravovat se způsobem, na který nebyl už delší dobu zvyklý. Michael proto znovu

přibral a dostal se na váhu přes 100 kilogramů. Po určité době, při níž docházelo k přibírání na váze, si vše začal uvědomovat. Slýchal také narážky v práci, že se „hezky spravil“, a proto se rozhodl, že tento stav musí změnit. Z počátku se mu to dařilo, za 14 dní zhubl až pět kilogramů, doma se téměř nestravoval a po práci vždy trávil několik hodin v posilovně. A však zmíněný styl života se po určité době přestal přítelkyni Martině líbit a, začala mít o Michaela strach. Martina se s ním často o hubnutí bavila, Michael však nebral jejich rozhovory vážně a říkal, že má vše pod kontrolou. Po čtyřech letech musel vztah s Martinou ukončit. Jako důvod rozchodu udává, že nedokázal skloubit několik věcí dohromady, náročnou práci, osobní život a hubnutí.

Po rozchodu s přítelkyní Martinou byl Michael sám, žádný vztah až do současnosti (říjen 2015) nenavázal. S rodinou se přestal téměř stýkat, pouze s bratrem trávil většinu volného času a jezdili spolu na letní dovolené. Jelikož nad sebou neměl žádnou kontrolu, zvrhlo se jeho dietní stravování a drastické cvičení do extrémní podoby. Michael začal jíst pouze nízkotučné potraviny, během pracovní doby se nestravoval vůbec a ve večerních hodinách cvičil v posilovně nebo jezdil na kole. Denně dokázal po práci ujet až 70 kilometrů, víkendy trávil s přáteli. Během alkoholových dýchánek si připadal, že mezi přátele opět zapadl a začali ho více uznávat. To vše přisuzoval z velké části právě hubnutí a tomu, jako dobře vypadá.

Michael po dvou měsících od rozchodu s Martinou zhubl na váhu 70 kilogramů. Začal si však stěžovat bratrovi a přátelům, že se mu v práci často točí hlava nebo se mu dělá nevolno. Zejména jeho bratr se o něho začal obávat a často s ním o všem mluvil. Michael proto bratrovi slíbil, že se pokusí s touto situací něco udělat. Bratr se k němu nastěhovat do bytu, aby nad ním měl větší kontrolu. Začali si společně vařit a trávit svůj volný čas smysluplněji. Michael však nepřešel z hubnutí a redukované stravy na normální porce a, začal se přejídat. A to většinou ve večerních hodinách, při nichž nad ním bratr neměl kontrolu. Tento stav je velmi typický pro pacienty s mentální anorexií. Po určité době jim jídlo začne chybět, a pokud se chtějí začít sami léčit, nedaří se jim to, a začnou se záchvatovitě přejídat. Michael si často nakupoval potraviny do zásoby a nechával je ve skříni v předsíni, v nichž bylo spíše chladno, a potraviny se nekazily tak rychle. Svůj psychický stav a deprese, jež Michael měl, často zapíjel alkoholem. Alkoholické nápoje pil tajně, aby to bratr nevěděl. Ve

svém zaměstnání si začal brát poměrně často dovolenou nebo se vymlouval na nemoc. Jeho bratr ale na zmíněné výmluvy přišel a rozhodl se, že Michaelovi pomůže vyhledat odbornou pomoc. Sám však tuto situaci přestal zvládat a začal mít psychické problémy z bratrova zdravotního stavu. Michael se proto objednal k psychiatrovi ve městě blízko svému bydlišti. V současné době (říjen 2015) navštěvuje pravidelně psychiatra, se kterým řeší svůj psychický stav. Dále prošel kompletním zdravotním vyšetřením u praktického lékaře a začal také navštěvovat nutriční terapeutku, s níž řeší svůj jídelníček. Michael se nyní cítí velmi dobře, i když ví, že ještě nemá zcela vyhráno a čeká ho minimálně roční léčba.

### **Zdravotní anamnéza**

V Michaelových devatenácti letech se poprvé objevily první známky poruchy příjmu potravy. Zpočátku začal držet přísné diety a cvičil denně několik hodin. Ve stejném období začal také zkoušet lehké drogy, jimž psychiatr v současné době přisuzuje horší paměť a lehký třes rukou spojený s tikem. Během období diet, přejídání se a opětovné redukce stravy prodělal Michael několik zánětů žaludku, přidala se výrazná kazivost zubů, zhoršení stavu kůže a vypadávání vlasů. Všechny uvedené projevy hodnotí Michaelův praktický lékař po konzultaci s psychiatrem jako důsledky poruchy příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie, mentální bulimie, drunkorexie, obsedantně-kompulzivní poruchy a nyní i psychogenního přejídání. Psychiatr nasadil Michaelovi v první fázi léčby antidepresiva, jež postupem času po konzultacích vysazovali. V současné době Michaelovi nejvíce pomáhá terapie, na níž dochází jednou týdně k psychiatrovi. Svůj jídelníček konzultuje s nutriční terapeutkou. V průběhu své léčby Michael absolvoval vyšetření na gastroenterologickém oddělení, při němž mu byla odborným lékařem provedena gastroskopie, aby se vyloučila další možná onemocnění. Dále podstoupil prohlídku u praktického lékaře, jež mu udělal odběry krve a následně zjistil, že Michael není alergický na žádnou z potravin, o nichž si to myslel. Michaelovi byla také nasazena dávka vitamínů, které mu po období držení diet a redukci stravy chyběly. Postupně začínají pod kontrolou nutriční terapeutky přidávat do jídelníčku i „zakázané potraviny“ (bílé pečivo, těstoviny, sladké věci).

## **Diagnóza**

Michaelovi byla jeho ošetřujícím psychiatrem diagnostikována drunkorexie, jež se vyznačuje redukcí potravy (snížením počtu kalorií) za účelem, aby si dotyčná osoba mohla dovolit vypít více alkoholických nápojů. Psychiatr dále Michaelovi diagnostikoval psychogenní přejídání, jež se vyznačuje záchvatovitým přejedením se velkého množství potravin a následným příchodem výčitek a sebeobviňování z toho, co daná osoba snědla a opět tak svůj stav nezvládla. V poslední řadě psychiatr Michaelovi diagnostikoval k PPP také komorbidní poruchu OCD. Ta se u pacienta projevovala neustálým počítáním kalorií, vážením se, nevynecháváním lekcí v posilovně a dalšími činnostmi. Psychiatr tuto poruchu vyvodil z toho, že Michael po nevykonání těchto aktivit trpěl velkými úzkostmi a strachy z katastrofických dopadů, pokud zmíněné činnosti neudělá. Michael je v současnosti po krátké medikaci antidepresivy pod dohledem týdenních psychoterapií a konzultací u nutriční terapeutky.

## **Prognóza**

V případě, že bude Michael ve své léčbě pokračovat a, spolupracovat s týmem odborníků, je zde velká šance na uzdravení. Multidisciplinární tým, jehož je součástí, odhaduje Michaelovu léčbu na rok až rok a půl intenzivní péče. To je chápáno pravidelné docházení na psychoterapie a konzultace týkající se stravování u nutriční terapeutky.

Michaelův bratr se do léčby také zapojil. Sám se byl informovat v Centru Anabell, jež pomáhá osobám s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým, jakým způsobem má s Michaelem co nejlépe komunikovat a jak mu může pomoci. Do jeho léčby se snaží zapojit i rodiče, jež nemají o poruchách příjmu potravy žádné informace. O zdravotním stavu svého syna se dozvěděli až v uplynulých měsících, proto je pro ně tato zpráva stále čerstvou informací. Rodiče se celou dobu domnívali, že jejich syn žije pouze požitkářským způsobem života, ale je naprosto zdravý a v pořádku.

## 7 Shrnutí průzkumu

Výsledky, které z dotazníkového šetření vzešly je zapotřebí interpretovat s opatrností. Proto je a je důležité si uvědomit, že konečný počet dotazovaných (62) ve srovnání s počtem oslovených respondentů (150) není ani poloviční. Mohu ale potvrdit, že z celkového počtu 62 vyplněných dotazníků bylo možné z průzkumu analyzovat potřebné informace.

Závěrem lze konstatovat, že cíle průzkumu byly v této práci naplněny. Z dotazníku se mně podařilo zjistit, že poruchy příjmu potravy skutečně více postihují více ženy než muže a pacienti s jednou z poruch příjmu potravy mohou trpět další přidruženou poruchou, onemocněním nebo formou závislosti. V neposlední řadě, že poruchy příjmu potravy negativně ovlivňují životy téměř všech klientů vyplňujících dotazník.

Stanovenými hypotézami jsem chtěla ověřit, jestli dotazovaných (pacientů s PPP) bude více žen než mužů (hypotéza č. 1). Dále zda se pacienti před návštěvou Centra Anabell s PPP neléčí (hypotéza č. 2) a zdali má skutečně převážná většina klientů k PPP přidruženou ještě jinou poruchu, onemocnění nebo formu závislosti (hypotéza č. 3) a pokud se druhá přidružená porucha, onemocnění nebo forma závislosti rozvinula opravdu až v průběhu PPP (hypotéza č. 4). V neposlední řadě jestli PPP mají negativní dopady na život klientů (hypotéza č. 5). Z výsledků dotazníkového šetření mohu soudit, že se veškeré předem vytvořené hypotézy potvrdily. Zdůvodněním může být má téměř 1,5 roční praxe v Centru Anabell, kde jako sociální pracovník, přicházím několikrát týdně do styku s klienty s poruchami příjmu potravy, dále pak 3 letá praxe dobrovolnice taktéž v Centru Anabell (dobrovolnická praxe byla realizována ještě před nástupem na pracovní pozici).

Hlavní výsledky průzkumu práce mohu shrnout do následujících bodů:

- Převážná většina dotazovaných uvedla, že PPP se u nich vyskytly až v období dospělosti (20-29 let).
- U dotazovaných se PPP objevují častěji u žen než u mužů.
- Nejčastějším typem onemocnění PPP je mentální anorexie, po níž následuje mentální bulimie.
- Respondenti vyplňující dotazník se doposud s PPP nikde neléčili.

- První příznaky se u pacientů s PPP objevily již v období adolescence (15-18 let).
- Respondenti opakovaně uváděli, že netrpí žádnou další přidruženou poruchou, jako další odpověď byla poté zmiňována depresivní porucha.
- Klienti opětovně uváděli, že přidružená porucha, onemocnění nebo forma závislosti se u nich rozvinula až v průběhu onemocnění PPP.
- Léčbu přidružené poruchy, onemocnění či formy závislosti většina klientů doposud neřešila.
- Téměř většina klientů pozoruje negativní dopady PPP na jejich životy.
- Nejčastější negativní dopady jsou v oblasti rodiny a partnerských vztahů, následně ve zdravotním stavu a dalších sociálních oblastech.

Výsledky průzkumu nám podaly informace o tom, jakou diagnózu klienti mají, kdy se u nich objevila, jestli se jednou z poruch příjmu potravy léčí. Dále zda klienti s PPP mají i jinou přidruženou diagnózu a v jaké době se u nich objevila a léčí-li se s ní. Obdrželi jsme rovněž informace o tom, jestli mají PPP negativní dopady na životy respondentů a případně v jaké oblasti. Nabízí se otázka typu: „ Proč, klienti přidruženou diagnózu neřeší a nesvěří se s ní ošetřujícímu lékaři?“ Uvedený dotaz může být podnětem pro další rozšiřující průzkum.

Z hlediska zastoupení respondentů v dotazníku se nám nabízí další otázka. Pokud by byl dotazník rozeslán většímu počtu osob necíleně s dotazem, zda někdy navštívili Centrum Anabell, převyšoval by opět počet žen muže?

Na základě provedeného průzkumu se můžeme také zamýšlet nad tím, jestli všichni respondenti, kteří uvedli, že netrpí žádným jiným přidruženým onemocněním, poruchou nebo formou závislosti k PPP, mluvili pravdu. Tato otázka může opět sloužit jako pomůcka k dalšímu rozšíření výzkumu. Mohlo by být také použito více doplňujících otázek na přidružená onemocnění.

Dalším záměrem bylo porovnat výsledky průzkumu s jiným průzkumem či výzkumem. V literatuře ani v prostředí internetu jsem ale bohužel žádný podobný průzkum či výzkum na podobné téma nenašla.



Doporučením pro rozšíření průzkumné části by mohlo být opětovné kontaktování osob, které dotazník již vyplnili, zeptat se jich na výše zmíněné otázky a doplnit tak dotazník o další otázky, případně se s klienty přímo sejít a provést s nimi podrobnější rozhovory.

Pro dokreslení výsledků, na které jsem přišla v průzkumu této práce, který jsem měla zpracovaný metodou anonymního dotazníkového šetření, jsem zvolila do práce zařadit i kazuistiku, která pojednává o příběhu mladého muže, který trpí poruchou příjmu potravy. Kazuistika vyvrací fakt, že poruchami příjmu potravy trpí pouze ženy. Michael měl k poruchám příjmu potravy přidružená i další psychická onemocnění a lékařem mu byla diagnostikována drunkorexie (redukoval svůj jídelníček přes den, aby si mohl večer dát alkoholický nápoj, protože věděl, že je hodně kalorický).

## 8 Diskuse

V závěrečné diskuzi této práce bych se ráda věnovala tomu, co se ohledně poruch příjmu potravy tvrdí a je tak obecně známým tvrzením a čím se tyto obecně známé poznatky liší od poznatků z odborné literatury.

Odborná literatura uvádí, že poruchami příjmu potravy trpí více ženy než muži. I dotazníkové šetření v této diplomové práci a celoroční statistická činnost Centra Anabell tento fakt potvrzují. Odborníci na poruchy příjmu potravy tvrdí, že ženy trpí anorexií nebo bulimií 10× častěji než muži. (Pavlová in Papežová ed., 2010, str. 37) V posledním roce se ale i Centrum Anabell setkává s mnohem větší návštěvností mužů v poradnách s poruchami příjmu potravy. U mužů se nejčastěji jedná o poruchu příjmu potravy zvanou bigorexie, vyznačující se kultem mužnosti, zneužíváním proteinových výživových doplňků a nadměrného cvičení. Proto jsem také do kazuistiky této práce vybrala příběh týkající se mladého muže, který trpí poruchou příjmu potravy. Snažila jsem se touto kazuistikou poukázat na poruchy příjmu potravy u mužů a vyvrátit tak obecně známá tvrzení, která jsou dostupná v odborné literatuře ohledně poruch příjmu potravy a pohlaví.

Dalším poznatkem, kterému bych se ráda věnovala je věk. Odborná literatura uvádí, že poruchami příjmu potravy trpí nejčastěji osoby během adolescence a časně dospělosti (Pavlová in Papežová ed., 2010, str. 38) Tento fakt opět potvrzuje mé dotazníkové šetření. Centrum Anabell Praha se v posledních měsících velmi často setkává s osobami, které trpí jednou z poruch příjmu potravy v období zralosti (30-45 let).

Poslední poznatkem, který byl ve formě otázky uveden v dotazníkovém šetření této práce a kterému bych ráda věnovala pozornost, se týká negativních dopadů na životy osob s poruchami příjmu potravy. Pouze 1% respondentů uvedlo, že poruchy příjmu potravy nemají negativní dopady na jejich životy. Odborná literatura uvádí, že poruchy příjmu potravy mají negativní dopady na životy osob s takto vážným psychickým onemocněním. Jinak je tomu ale v Centru Anabell Praha. I zde se setkáváme s klienty, kteří nám tvrdí, že poruchy příjmu potravy jim nezasahují do jejich životů, že je mají plně pod kontrolou, tudíž negativní dopady nejsou žádné. Výstupy, které z toho vyplývají, mohou být takové, že si klienti nechtějí přiznat negativní dopady psychické poruchy nebo jsou klienti v počátku své léčby a negativní dopady

doposud nevnímají a do Centra Anabell přišli pouze na popud své osoby blízké, aby ji udělali radost, a aby se o ně zbytečně nebála.

## **Závěr**

V diplomové práci jsem se zabývala tématem poruch příjmu potravy ve spojitosti s jinými diagnózami. Téma, jež se poruch příjmu potravy týká, jsem si vybrala z následujícího důvodu, který se týká mé téměř dvouleté pracovní zkušenosti sociální pracovnice a tříleté zkušenosti dobrovolnice v poradně Centra Anabell. Centrum Anabell poskytuje odborné sociální poradenství osobám s poruchami příjmu potravy a jejich blízkým. Zde jsem se setkala s mnoha klienty, kteří poruchami příjmu potravy trpí nebo jsou osobami blízkými a chtěli by nemocnému kamarádovi či členovi rodiny pomoci a motivovat jej k léčbě. V průběhu sezení mi někteří z klientů sdělili, že je netrápí pouze mentální anorexie, mentální bulimie či záchvatovité přejídání, ale i další přidružené psychické či somatické onemocnění. Hlavním cílem práce je proto poukázat na to, že někteří klienti Centra Anabell Praha mají k poruchám příjmu potravy přidruženou i jinou poruchu, onemocnění či formu závislosti a zároveň poodhalit, o jakou přidruženou poruchu se nejčastěji jedná. Ve své práci jsem zjišťovala, zda se se s těmito poruchami klienti léčí, kdy u nich byly poruchy příjmu potravy diagnostikovány a v jaké době se objevila přidružená psychická či somatická onemocnění. Dále jsem také definovala, jaké mají poruchy příjmu potravy negativní dopady na životy klientů. Jedna kapitola této práce je také věnovaná možnostem sociální práce Centra Anabell, které v České republice klientům s poruchami příjmu potravy pomoc nabízí.

Domnívám se, že by dotazník, který byl použitý v praktické části diplomové práce mohl sloužit jako vstupní dotazník pro klienty poraden Centra Anabell, kteří by rádi vstoupili do plánovaného multidisciplinárního týmu. Tým by se skládal ze sociálního pracovníka, psychiatra, psychoterapeuta, nutričního terapeuta, gastroenterologa, gynekologa a dalších lékařů. Zmínění odborníci by s klientem neprobírali pouze jednu z diagnostikovaných poruch příjmu potravy, ale i přidružená psychická či somatická onemocnění. Léčba by byla proto komplexnější a vykazovala větší úspěšnost.

Z výsledků průzkumu lze tvrdit, že cíle stanovené pro tuto diplomovou práci byly naplněny. Jako sociální pracovnice Centra Anabell si plně uvědomuji, že problematika poruch příjmu potravy bude v budoucnu stále více aktuální, nejen z pohledu pacientů s poruchami příjmu potravy a jejich blízkých osob, ale především z pohledu sociální práce. Proto je velmi

důležitý rozvoj subjektů, které se zabývají primární prevencí poruch příjmu potravy a zejména zachováním či rozšířením poradenských a terapeutických služeb pro klienty s diagnózou poruchy příjmu potravy.

## Seznam použité literatury

### Bibliografické zdroje

1. CLAUDE-PIERRE, Peggy. Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy: jak rozumět příčinám anorexie a bulimie a jak je léčit. Praha: Pragma, 2001, 264 s. ISBN 80-720-5818-5.
2. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-7178-497-4.
3. COOPER, Peter J. *Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 183 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
4. DRTÍLKOVÁ, Ivana a Omar ŠERÝ. *Hyperkinetická porucha / ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.
5. HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ (eds.). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Vyd. 1. Praha: Togga, 2011, 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.
6. KOCOURKOVÁ, Jana. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Galén, 1997, 156 s. Folia practica, sv. 6. ISBN 80-85824-51-5.
7. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 255 s. ISBN 802470840x.
8. KRCH, František David a MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy: Výchova ke zdraví. Příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003, 32 s.
9. LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015, 212 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9.
10. MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Uhřetice: Doron, 2013. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.
11. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
12. PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2425-6.
13. PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009, 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.

14. POKORNÝ, Vratislav, Jana TELCOVÁ a Anton TOMKO. *Patologické závislosti*. 1. vyd. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2001, 96 s. Prevence SPJ.
15. PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 113 s. Psychologická setkávání. ISBN 80-7254-216-8.
16. PRAŠKO, Ján a kol. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: příručka pro klienta a jeho rodinu*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 115 s. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-810-4.
17. ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Mám poruchu pozornosti, i když jsem dospělý?: nejen o kladech a záporech syndromu ADHD u dospívajících a dospělých*. Vyd. 1. Praha: D + H, 2014. ISBN 978-80-87295-17-5.

**Sekundární literatura** - časopisy, sborníky, konference a jiné zdroje

1. BEDNÁŘOVÁ, Bibiána a kol., *Sebepoškozování u osob s poruchou příjmu potravy*. In: Česká a slovenská psychiatrie. 2010, č. 3, roč. 106, s 173 – 178. ISSN: 1212-0383.
2. STAROSTKOVÁ, Dana. *Metodika multidisciplinární spolupráce*. Vyd. 1. Brno: Centrum Anabell, z. s., 2015, 32 str.
3. GADALLA, Tahany and Niva PIRAN. *Eating Disorders and Substance Abuse in Canadian Men and Woman: A National Study*. In: The Journal of Treatment and Prevention. 2007, Volume 15, Issue 3, s. 189 – 203.
4. KLÍMOVÁ, Alžběta. *Vím, proč jím? Vím proč jím!* (Primárně preventivní přednáška – ZŠ Kladská) Praha: Centrum Anabell, z. s., 11. 2. 2016
5. KOMOROUSOVÁ, J. *Diabetes a poruchy příjmu potravy*. In: Diastyl. 2015, č. 4, roč. 11, s. 24 – 25.
6. KOPČANOVÁ, Dagmar. *Prevencia porúch príjmu potravy u dospievajúcich*. In: Vychovávateľ. 2012/2013, č. 1 – 2, roč. 61, s. 25 – 32. ISSN: 0139-6919.
7. KOUTEK, Jiří. *Komorbidity u poruch příjmu potravy – faktor komplikující diagnostiku i léčbu*. In: Praktický lékař. 2000, č. 12, roč. 80, s. 688 – 690. ISSN: 0032-6739.
8. KRAMULOVÁ, Daniela. *Posedlost zdravou výživou je také porucha*. In: Psychologie dnes. 2008, č. 12, roč. 14, s. 34 – 35. ISSN: 1212-9607.
9. KRAUSHUBERTOVIÁ, Olga. *Poruchy příjmu potravy*. In: Rodina a škola: mesačník pre rodičov a učiteľov. 2012, č. 1, roč. 60, s. 10 – 12. ISSN: 0231-6463.
10. KRCH, František David. *Možnosti ambulantní léčby*. (Panelová diskuze – hotel Panorama, Blansko). Blansko: Centrum Anabell, z. s., 4. 9. 2015.
11. KRCH, František David a Hana DRÁBKOVÁ. *Prevalence mentální anorexie a bulimie v populaci české mládeže*. In: Česká a Slovenská psychiatrie 92. 1996, s. 237 – 247.
12. NĚMEČKOVÁ, Pavla. *Poruchy příjmu potravy*. In: Medicína pro praxi. 2011, č. 11, roč. 8, s. 459 - 462.



13. PECINOVSKÁ, Olga. *Poruchy příjmu potravy u pacientek hospitalizovaných pro závislost na návykových látkách*. In: Alkoholismus a drogová závislost. 2000, č. 3, roč. 35, s. 131 – 146.
14. SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Interview. In: Sama Doma. TV, Česká televize, 28. ledna 2016, 12:30.
15. ŠTĚPÁNKOVÁ, Tereza, Hana PAPEŽOVÁ, Petra UHLÍKOVÁ a Radek PTÁČEK. *Hyperkinetická porucha a porucha pozornosti u komorbidních poruch příjmu potravy*. In: Česká a Slovenská psychiatrie. 2013, č. 3, roč. 109, s. 128 – 135. ISSN: 1212-0383.
16. ŠVÉDOVÁ, Jarmila. *Svépomocný manuál aneb Jak si mohu sám/sama pomoci*. Vyd. 1. Ostrava: Centrum Anabell, z. s., 2012, 74 s.

#### **Elektronické zdroje**

1. Jan Kulhánek. In: Mentální anorexie, bulimie, psychogenní přejídání – portál s odbornou garancí [on-line]. © 2015 [cit. 6. 2. 2016].  
Dostupné z: <http://www.idealni.cz/clanek/ortorexie-bigorexie-drunkorexie/>
2. CBSNEWS [on-line]. © 2016 [cit. 3. 1. 2016].  
Dostupné z: <http://www.cbsnews.com/pictures/14-most-shocking-beauty-treatments/8/>

## Seznam příloh

Příloha č. 1, str. 90.: Dotazník pokládáný respondentům Centra Anabell Praha

### **Dotazník k diplomové práci: "Poruchy příjmu potravy v souvislosti s jinými diagnózami"**

K mé diplomové práci na téma „Poruchy příjmu potravy v souvislosti s jinými diagnózami“ bych Vás ráda poprosila o zodpovězení několika málo otázek v dotazníku. Vše co budete vyplňovat, zůstane anonymní. V dotazníku můžete vyplnit jednu nebo více odpovědí. Předem Vám děkuji za spolupráci.

Marie Vavrušková, sociální pracovnice Anabell Praha

\*Povinné pole

1. Jaký je Váš věk? \*

2. Jste? \* (označte jen jednu odpověď)

a) žena

b) muž

3. Jakou formu poruchy příjmu potravy se domníváte, že trpíte či jaká forma Vám byla diagnostikována? \* (označte všechny možné odpovědi)

a) Mentální anorexie

b) Mentální bulimie

c) Psychogenní přejídání

4. Kde jste se léčil/a nebo léčíte s poruchou příjmu potravy? \* (označte všechny možné odpovědi)

- a) Docházím pravidelně na psychoterapii
- b) Docházím pravidelně k psychologovi
- c) Byl/a jsem hospitalizován/a
- d) Zatím se neléčím

5. Kdy se u Vás objevily první příznaky poruch příjmu potravy? \* (označte jen jednu odpověď)

- a) V dětství
- b) Během adolescence (15 – 18 let)
- c) V dospělosti

6. Trpíte i jiným onemocněním, poruchou nebo závislostním chováním? \* (označte všechny možné odpovědi)

- a) Závislostí na alkoholu
  - b) Závislostí na návykových látkách
  - c) Diabetes mellitus (cukrovka)
  - d) Poruchy funkce štítné žlázy
  - e) Depresivní porucha
  - f) Obsedantně kompulzivní porucha
  - g) Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)
  - h) Netrpím žádnou jinou diagnózou
- Jiné:

7. Od jaké doby trpíte dalším onemocněním, poruchou, nebo formou závislostního chování? \*  
(označte jen jednu odpověď)

- a) Měl/a jsem ji již před vznikem poruchy příjmu potravy
- b) Od té doby, co mám i jednu z poruch příjmu potravy
- c) Porucha/závislostní chování se u mne rozvinulo posléze, až v průběhu onemocnění spojeném s poruchou příjmu potravy

Jiné:

8. Kde jste se léčil/a s touto poruchou nebo závislostí? \* (označte všechny možné odpovědi)

- a) U psychiatra
- b) U psychologa
- c) Byl/a jsem hospitalizován/a
- d) Neléčím se

9. Mají poruchy příjmu potravy negativní dopady na váš život? \* (označte jen jednu odpověď)

- a) Ano
- b) Ne

10. Negativní dopady shledáváte v jaké oblasti? \* (označte všechny možné odpovědi)

- a) Rodina
- b) Škola
- c) Práce
- d) Partnerský život
- e) Zdravotní stav

Jiné:

11. Popište prosím stručně, jaké:

## Summary

### Poruchy příjmu potravy ve spojitosti s jinými diagnózami.

#### Eating Disorders in Connection with other Diagnoses

Bc. Marie Vavrušková

The aim of this thesis, which focuses on the topic "Eating Disorders in Connection with Other Diagnoses," is to introduce the different types of eating disorders that have been previously diagnosed (anorexia nervosa, bulimia nervosa, psychogenic overeating and new forms of eating disorders), to specify the medical treatment offered to patients in the Czech Republic, and in particular to describe what other mental or somatic disorders are most commonly associated with eating disorders.

The empirical part of the thesis presents a questionnaire which analyses the following aspects: type of eating disorder from which the clients of Centrum Anabell Praha suffer most frequently, where their medical treatment takes place, whether they suffer from another mental or somatic disorder associated with eating disorders, and whether eating disorders have a negative impact on their lives. The empirical part also presents a case report, which describes the life story, history and prognosis of a man who suffers from an eating disorder and other associated disorders.